

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°.....

THÈSE

275

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

OLIVIER Jean

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Janvier 1906 à Condé-sur-Noireau (Calvados)

L'Entérorragie solitaire d'origine colique

Contribution à l'Étude des hémorragies intestinales cliniquement primitives

Président : M. Marcel LABBÉ

Professeur de Clinique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Cochin

Travail du Service de M. le Docteur André CAIN

(Hôpital Saint-Antoine)

Chez Victor DEGRANGE

28, rue Serpente

(Hôtel des Sociétés Savantes)

PARIS (6°)

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

OLIVIER Jean

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Janvier 1906 à Condé-sur-Noireau (Calvados)

L'Entérorragie solitaire d'origine colique

Contribution à l'Étude des hémorragies intestinales cliniquement primitives

*Président : M. Marcel LABBÉ
Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Cochin*

Travail du Service de M. le Docteur André CAIN
(Hôpital Saint-Antoine)

Chez Victor DEGRANGE
28, rue Serpente
(Hôtel des Sociétés Savantes)
PARIS (6°)

—
1937

LE DOYEN . . . ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies de système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Et.).	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PRÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHTER	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDÉSCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROcq	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VAL-		VELTER	
LERY-RADOT .			
SÉZARY			

MM.	
EGALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS BIEN AIMÉS

A MON GRAND-ONCLE

LE DOCTEUR CHARLES HÉLIE

A TOUS LES MIENS

A M. LE DOCTEUR LOUIS TROLLEY

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Professeur de Clinique Médicale

Membre de l'Académie de médecine

Médecin de l'Hôpital Cochin

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ANDRÉ CAIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

1927 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. DESMAREST.

1928 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. BERNARD.

— M. LE DOCTEUR CH. FLANDIN.

Externat en premier

1929 M. LE PROFESSEUR CH. ACHARD.

— M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CATHALA.

1930 M. LE PROFESSEUR L. BINET.

Internat

1933 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. VIGNES.

— M. LE DOCTEUR A. CAIN.

1934 M. LE PROFESSEUR CH. ACHARD.

— M. LE PROFESSEUR M. LABBÉ.

1935 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. DONZELOT.

1936 M. LE DOCTEUR CH. FLANDIN.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. BOULIN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. TURPIN

A M. LE DOCTEUR A. TZANCK

Médecin des Hôpitaux de Paris

Chef du Service de la Transfusion

Sanguine d'urgence

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CAEN

M. LE DOCTEUR CHARBONNIER (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR DESBOUIS

M. LE DOCTEUR GUIBÉ

M. LE DOCTEUR LECORNU

A M. LE DOCTEUR J. DU CASTEL

Médecin de l'Hôpital Notre-Dame de Bon Secours

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

MM. LES DOCTEURS BARIETY, DELAFONTAINE,
P. GEORGE (*in memoriam*), PELLÉ, TAMBAREAU

A MM. LES DOCTEURS CH. DUPONT, L. HAMON,
J. LENÈGRE-THOURIN, J. PORIN
G. POUMEAU-DELILLE

A MES AMIS ET CAMARADES DE TRAVAIL

MARCEL BESANÇON, HUGUES BOULEY,
JEAN BOURDIAL, GEORGES BROUET, JEAN FACQUET

A LA MÉMOIRE

DE MON AMI RENÉ LEBORGNE,
Interne des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Les hémorragies liées aux maladies du gros intestin sont habituellement discrètes et mêlées à tout un cortège de signes cliniques qui facilitent à la fois le diagnostic de leur point de départ et de leur cause. Il est plus rare qu'elles soient abondantes. Mais alors elles sont graves. Ce sont, en effet, des hémorragies itératives, responsables d'un impressionnant état d'anémie chronique, parfois même mortelles et qui, trop souvent, compliquent des affections de pronostic fâcheux.

Ces hémorragies abondantes et graves sont bien connues. METZGER, SAVY et DELORT les ont rencontrées au cours des cancers des colons, BENSAUDE et ses collaborateurs au cours des rectocolites. KUSTER, EWALD, TUFFIER en rapportent qui furent secondaires à des angiomes, AUGIER à la polypose, CHIRAY, LOMON et WAHL aux dolichocolons. Enfin, récemment, BONAFÉ a signalé le début, par grande hémorragie, de la tuberculose colique.

Pourtant l'hémorragie profuse d'origine colique peut avoir une physionomie et un pronostic tout différents, comme nous l'avons observé à plusieurs reprises dans le service de notre Maître, M. le Docteur André CAIN.

Il s'agissait d'adultes en apparente bonne santé, indemnes de troubles digestifs importants, qui présentaient soudain une entérorragie de sang rutilant, assez

abondante pour provoquer un état dramatique de shock et d'anémie aiguë. Les jours suivants, il n'y avait pas de melœna et la guérison survenait rapidement. En même temps, les conclusions de l'enquête étiologique étaient doublement surprenantes : D'une part, aucune des causes habituelles, duodénales ou recto-anales, ne faisait sa preuve. Il s'agissait au contraire d'une hémorragie colique. D'autre part, ce n'était pas une lésion organique grave du gros intestin qui en était responsable, mais une affection minime. Enfin, et c'est un caractère évolutif à souligner, la surveillance prolongée de nos malades ne permettait pas, sauf rares exceptions, d'observer d'entérorragies nouvelles ou de troubles digestifs consécutifs.

En résumé, tout se passait comme si cette hémorragie cataclysmique, d'origine colique, constituait moins une complication qu'une véritable maladie sans antécédents ni lendemain et de pronostic toujours favorable.

Ces traits communs ont été retrouvés à trop de reprises pour que l'on puisse songer, croyons-nous, à une coïncidence fortuite. L'analogie de nos observations nous permet au contraire de soupçonner l'existence d'un syndrome que nous appellerions volontiers le syndrome des entérorragies solitaires d'origine colique. On en saisit les marques différentielles avec les colorrhagies abondantes signalées plus haut : absence à la base des lésions organiques habituellement rencontrées, extrême rareté des récidives, pronostic toujours favorable. On en saisit aussi les difficultés du diagnostic : A la phase dramatique on pense invinciblement à l'une des classiques entérorragies profuses, à celle de l'ulcère duodénal surtout. Les jours suivants, une singularité évolutive, l'absence de melœna doit faire soupçonner le syndrome. Mais les constatations de l'endoscopie ou celles de l'examen radiologique peuvent seules emporter la conviction.

Insistons enfin sur le fait que, malgré son apparente gravité, ce syndrome comporte toujours un pronostic optimiste. Chaque fois le drame tourne court et le malade se rétablit avec une étonnante rapidité. Par définition aussi, c'est un accident qui, dans la majorité des cas, reste sans récidives. Lorsqu'il a été identifié avec certitude, on peut donc rassurer sur ses suites le malade et son entourage.

A part une observation de R. BENSAUDE et quelques cas de BONAFÉ — encore que l'origine colique de ces derniers ne soit pas absolument démontrée — nous n'avons pas relevé dans la littérature de faits rappelant avec précision ceux dont nous venons de parler. Pourtant, la physionomie de ce syndrome est assez frappante et il n'est pas exceptionnel puisque nous en rapportons 29 cas échelonnés sur quelques années. Il nous paraît donc mériter de prendre place dans la nosologie et c'est pourquoi nous entreprenons d'en donner la description.

Ce travail nous a été inspiré par notre Maître, M. le Docteur André CAIN. Il a bien voulu nous communiquer les observations qui en sont le point de départ et nous aider de ses précieux conseils. Qu'il nous permette de lui renouveler l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES

A) LE TERRAIN

L'entérorragie que nous étudions ne nous paraît pas reconnaître de facteurs généraux prédisposants.

Sur les 29 observations que nous rapportons, 13 concernent des hommes et 16 des sujets du sexe féminin, soit une fréquence à peine plus marquée pour ce dernier.

Par ailleurs, nos observations s'échelonnent de la jeunesse à l'âge mûr, les deux âges extrêmes rencontrés étant respectivement 20 et 80 ans.

Il s'agit donc d'un syndrome que l'on peut voir survenir à partir de l'adolescence et qui n'a pas de prédilection définie pour l'un ou l'autre des deux sexes.

Il ne semble pas non plus qu'une diathèse morbide générale puisse l'influencer. Quelques observations signalent des troubles légers de la crase sanguine. Comme elles sont l'exception, le rôle de ces troubles demeure discutable.

Plus intéressante est la notion d'un facteur local particulier. L'entérorragie solitaire, en effet, apparaît le plus souvent comme une conséquence de certaines anomalies morphologiques du colon, anomalies méritant à peine par elles-mêmes le nom de pathologiques.

Ainsi, dans 6 cas seulement, soit une proportion de 20,7 %, le colon était morphologiquement normal.

Pour les 23 autres, au contraire, on trouve :

— 16 fois, soit 55,2 % des cas, le dolichocolon. La forme la plus fréquente est le dolichosigmoïde. Une seule fois, il s'est agi d'un dolichotransverse (Obs. 28). Une fois aussi il y avait association au mégacolon (Obs. 29).

— 7 fois, soit 24,1 % des cas, la diverticulose. Il s'agissait habituellement d'une forme discrète prédominant, selon la règle, sur l'S iliaque.

La localisation de ces anomalies doit être soulignée : elle permet de considérer le sigmoïde comme le siège d'élection du raptus hémorragique.

B) L'AGENT PATHOGÈNE

Si un facteur local se laisse ainsi surprendre, il est au contraire remarquable que l'agent pathogène lui-même reste le plus souvent impossible à préciser. D'ordinaire, aucune cause toxique ou infectieuse, aucune intolérance ne fait sa preuve. Chaque fois l'analyse systématique des selles élimine toute intervention parasitaire.

Ainsi, les observations qui permettent d'orienter le diagnostic de l'étiologie vraie ne sont pas très nombreuses. Certaines sont en faveur d'un agent microbien (Obs. 11, 15 et 26) et le rôle du bacille de Koch doit être discuté (Obs. 6, 14, 20, 21). Un cas semble lié à la prise d'une purgation (Obs. 8), un autre à un brusque changement de température (Obs. 24).

Ces faits isolés nous autorisent toutefois à conclure que pas plus que l'épine anatomique locale, l'agent pathogène ne doit être unique ou spécifique. Il s'agit donc bien d'un syndrome.

ÉTUDE CLINIQUE

L'hémorragie est, dans tous les cas, inexplicable par l'étude des antécédents du malade. En effet, l'anamnèse est muette ou ne retrouve que des troubles digestifs discrets dont la constipation, en général modérée, paraît être le plus constant. Par contre, aucun syndrome évocateur de l'atteinte élective d'un segment digestif défini ne fait sa preuve. En particulier, tout signe de la série duodénale ou colique manque. Il n'existe non plus aucun symptôme antérieur d'une toxi-infection générale ou d'une maladie du sang.

C'est dans la règle le même silence à l'interrogatoire en ce qui concerne la survenue de symptômes précurseurs. Les observations qui montrent, dans les jours précédant l'entérorragie, des coliques, de la diarrhée ou tout autre trouble intestinal, restent exceptionnelles. Par contre, comme nous l'avons déjà signalé, certains facteurs occasionnels méritent d'être retenus : affection microbienne, changement de température...

Le déclenchement de l'hémorragie surprend donc le malade en raison de sa brusquerie : soudain se font sentir des douleurs le long du cadre colique, aussitôt suivies d'un impérieux besoin d'exonération. Parfois même aucun signe d'alarme immédiat n'est retrouvé. Dans tous les cas, l'envie aboutit à une émission liquide abondante et le malade constate avec effroi qu'il s'agit de sang rutilant, soit pur, soit mêlé de caillots.

Cette hémorragie profuse reste unique, ou peut se répéter dans les heures suivantes, soit une ou deux fois et de façon massive, soit sous la forme de petites émissions renouvelées un nombre considérable de fois. Elles ne sont jamais provoquées par des efforts de défécation, mais s'annoncent au contraire par des envies impérieuses, du ténésme, signes qu'explique l'accumulation du sang dans l'ampoule rectale. Dans tous les cas, en 24 ou 48 heures l'hémorragie cesse. Jamais elle n'est précédée, accompagnée ou suivie d'hématémèse, comme CHIRAY et AMY ont pu l'observer pour certaines hémorragies liées à des troubles du transit colique.

La totalité du sang rejeté atteint habituellement un litre, un litre et demi. Il s'ensuit un état de shock et d'anémie aiguë avec angoisse, soif vive, sueurs froides, lipothymies, effondrement tensionnel. La syncope n'est pas exceptionnelle. Dans quelques observations l'état général semblait si alarmant qu'une transfusion sanguine fut pratiquée d'urgence.

En dehors de ces symptômes impressionnants qui tiennent à l'accident lui-même, l'examen clinique fournit peu de renseignements. L'interrogatoire reste muet. Il s'agit d'ordinaire d'une hémorragie apyrétique : quelques observations seulement signalent un état fébrile aux environs de 38°, état qui peut se prolonger alors que l'accident est terminé. Aucun signe ne met sur la voie d'une intoxication aiguë ou chronique, d'une infection digestive caractérisée ou ne permet de songer à une maladie générale hémorragipare. L'exploration de l'abdomen est habituellement négative : il n'y a pas trace de circulation veineuse collatérale ; l'épigastre, l'hypocondre droit, la région appendiculaire, le cadre colique ne sont le siège d'aucune sensibilité anormale ; le volume du foie et de la rate ne sont pas modifiés. Enfin, on ne remarque pas d'hémorroïdes et le toucher rectal ne révèle aucune lésion locale.

Toutefois, il arrive que le malade se plaigne de sa fosse iliaque gauche. Il y ressent des douleurs vives ou obtuses, lancinantes ou à type de coliques, que le palper localise de façon très précise sur le colon terminal. Contracté, durci, ce segment est perçu comme une corde très sensible. Dans notre observation 2, il existait ainsi une « douleur spontanée et réveillée par la palpation sur la partie terminale du colon gauche qui formait une sorte de boudin résistant ». Ailleurs, la palpation de la fosse iliaque gauche est indolore, mais en la combinant au toucher rectal (manœuvre dont il faut souligner l'intérêt car c'est la seule à permettre l'exploration de l'anse sigmoïde), on retrouve dans le cul-de-sac de Douglas des symptômes équivalents. L'observation 1 en est un exemple : « dans le Douglas, en avant et à gauche, on perçoit le sigmoïde, dur et spasmé, tendu transversalement. Il est douloureux et roule sous le doigt ». De même dans l'observation 15 « on sent dans le Douglas une corde sigmoïdienne dure et douloureuse ». Ces symptômes s'atténuent puis disparaissent en quelques jours, ce qui montre leur liaison étroite avec l'hémorragie.

L'évolution immédiate de l'entérorragie est marquée par un fait particulier qui est absolument pathognomonique de son origine basse : l'émission de sang rutilant n'est pas suivie de melœna. Le malade peut rejeter pendant un ou deux jours quelques caillots que renfermait son intestin terminal, mais il n'y a aucune de ces selles noirâtres, goudronneuses qui marquent d'ordinaire pendant quelques jours l'évolution des raptus sanguins de la portion haute de l'intestin. Ainsi, lorsque une période de constipation succède à l'hémorragie, la première selle recueillie n'a pas l'aspect melœnique : Dans l'observation 21 « de l'huile de ricin donnée le 3^e jour ramène une selle claire, ni sanglante, ni melœnique ». Et dans l'observation 19 « sous l'ac-

tion des opiacés, la malade reste 5 jours sans aller à la garde-robe. La selle rejetée le 5^e jour est claire et liquide ». En somme « tout se passe comme si l'hémorragie avait été violente, mais de courte durée, l'intestin se libérant en une ou deux fois de cette exsudation sanguine » (André CAIN).

Les suites de cette entérorragie dont la profusion pouvait faire naître les plus légitimes inquiétudes sont également frappantes par leur bénignité. En effet, quelle qu'ait été leur allure dramatique, nos observations ne comportent aucune conséquence tragique. Au contraire, chaque fois, l'on est étonné de la rapidité de réparation de l'organisme.

En résumé donc, il s'agit d'une entérorragie véritablement primitive, sans commémoratifs cliniques importants, violente mais brève et suivie d'un rétablissement complet. Cliniquement les symptômes sigmoïdiens, la répétition fréquente des émissions sanguines avec besoins impérieux et ténésme, l'absence par la suite de selles melœniques, plaident en faveur d'une entérorragie à point de départ bas situé. Mais la preuve n'en sera donnée que par certains examens de complément : la recto-sigmoïdoscopie et l'exploration radiologique du gros intestin.

Parallèlement, les recherches biologiques concordent pour confirmer l'impression clinique d'une hémorragie indépendante de toute affection chronique de nature toxique ou hémodyscrasique. Trois observations seulement ont permis de noter une fois un signe du lacet positif avec allongement du temps de coagulation et irrétractibilité du caillot, une fois un temps de coagulation de trente minutes, une fois une irrétractibilité isolée du caillot. Avec la majorité des auteurs, nous pensons qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de stigmates ainsi dissociés. Enfin, chaque fois, l'analyse des selles ne découvre aucune parasitose intestinale.

Deux faits dans l'évolution à distance méritent enfin d'être soulignés, qui classent avec netteté le syndrome dans le groupe des hémorragies digestives à traitement strictement médical :

D'une part, le sujet récupère d'habitude un fonctionnement digestif normal. L'hémorragie ne laisse pas de troubles locaux et l'anomalie du segment intéressé sur laquelle elle a pris occasionnellement naissance rentre en sommeil.

D'autre part, il est exceptionnel que la surveillance prolongée nous ait permis d'observer d'hémorragie nouvelle. Le syndrome a, dans la règle, constitué un très bref épisode sans lendemain. Il s'agit donc bien d'une entérorragie « solitaire » dans le sens le plus large du terme.

DIAGNOSTIC POSITIF

Les modalités d'apparition du syndrome et son évolution le rangent dans le groupe des hémorragies digestives révélatrices. En face d'elles, si le toucher rectal est négatif, il est classique d'incriminer *a priori*, en raison de sa fréquence, une origine duodénale. Les autres étiologies se discutent lorsque cette cause essentielle ne fait pas sa preuve et, bien souvent, restent la découverte fortuite d'un procédé d'investigation paraclinique.

L'accident singulier que nous envisageons n'échappe pas à la règle. Les signes abdominaux, s'ils existent, douleur de la fosse iliaque gauche, corde sigmoïdienne sensible ne permettent que des réserves prudentes. Très souvent, en effet, des lésions digestives hautes sont responsables à distance de manifestations coliques ou sigmoïdiennes susceptibles d'égarer le diagnostic. BOUCHUT, BRONSTEIN, J.-C. ROUX y ont insisté en ce qui concerne l'ulcère du duodénum. L'absence de méléna dans les jours qui suivent cette dramatique entérorragie de sang pur est pathognomonique de son origine intestinale basse. Mais si l'on ne prend soin de la contrôler soi-même, il peut être téméraire de se fier au récit du malade.

C'est donc grâce à certains examens complémentaires : à la recto-sigmoïdoscopie précoce, à l'explora-

tion radiologique du colon — et grâce à eux seulement — que l'on sera en mesure de reconnaître et d'affirmer le point de départ colique de l'hémorragie.

RECTOSIGMOIDOSCOPIE

Il serait souhaitable de pouvoir y recourir dans les heures qui suivent la dernière émission sanglante. Dans ces conditions de précocité, on peut, en effet, avoir la chance de saisir l'hémorragie à sa source. Ainsi, dans deux de nos observations, l'emploi hâtif du tube endoscopique nous a permis de voir saigner la muqueuse sigmoïdienne et de résoudre sur le champ le problème de localisation. (Obs. 1 et 2).

Plus tard, la rectosigmoïdoscopie n'a plus guère qu'une valeur d'ordre négatif en permettant d'éliminer une lésion rectale que le toucher aurait pu ne pas reconnaître.

La fatigue du malade et surtout la crainte, en le remuant, de provoquer une reprise du saignement sembleraient « *a priori* » condamner la mise en œuvre précoce d'un tel genre d'examen. Cependant l'expérience que nous avons prise près de M. le Docteur A. CAIN nous a convaincu de son innocuité. Jamais, dans les divers cas d'entérorragies cryptogénétiques où son emploi était systématique, nous ne l'avons vu provoquer d'accidents. Aussi, une fois le shock disparu, pensons-nous qu'il y a intérêt à y recourir rapidement chaque fois qu'une entérorragie survient sans signes qui en précisent le point de départ.

Les constatations locales sont d'ailleurs habituellement malaisées : le segment ano-rectal est tapissé, comme par de la suie, d'un sang noirâtre et l'ampoule obstruée de caillots. Un petit lavement chaud, préalable à l'examen, est donc indiqué. Mais il faudra tou-

jours déterger la muqueuse au tampon monté pour se convaincre de l'intégrité du rectum et du canal anal. Dans les cas favorables, en engageant alors doucement le tube dans l'anse sigmoïde, son aspect turgescent, violacé, le sang que pleure littéralement sa muqueuse imposeront le diagnostic du siège de l'hémorragie. Ailleurs, la progression du tube au-delà du rectum est arrêtée par un spasme de l'anneau sigmoïdien. C'est un signe indirect d'une grande valeur (Obs. 15).

A mesure que l'on s'éloigne de la période même de l'hémorragie, les ressources qu'offre l'endoscopie vont décroissant. Il se peut aussi que le saignement naisse au-dessus du sigmoïde, dans un segment du colon inaccessible à l'exploration directe. C'est pourquoi l'examen radiologique en est le complément indispensable. Lui seul d'ailleurs peut révéler le trouble morphologique local qui, occasionnellement, préside à l'hémorragie.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Les renseignements qu'il faut attendre de cet examen ne lui confèrent aucun caractère d'urgence.

Les inconvénients, sinon les dangers, d'ordre général ou local auxquels trop de hâte pourrait exposer sont au contraire faciles à concevoir. On patientera donc jusqu'à ce que le malade ait retrouvé un bon état général.

L'examen radiologique comprendra systématiquement deux temps : D'abord, l'exploration de l'estomac, du bulbe duodénal et de la traversée digestive après ingestion de bouillie barytée. Ses données sont d'ordre négatif, mais elles sont indispensables avant qu'il soit permis d'attacher quelque valeur aux symptômes tirés de l'examen des colons par lavement opaque. Ce dernier examen constitue le deuxième temps. Il doit être suffisamment éloigné du premier pour qu'il n'y

ait pas gêne en raison d'une stase de la substance de contraste ingérée.

Préalablement à ce temps essentiel, il convient d'évacuer le gros intestin. Des prises fractionnées d'huile de ricin, répétées pendant deux ou trois jours, sont très utiles, chaque fois que l'on soupçonne un encombrement. En tout cas, la veille de l'examen, au soir, le colon sera évacué à l'aide d'un grand lavement chaud ; le jour même, 3 ou 4 heures plus tôt, afin que tout résidu soit rejeté ou absorbé, on donnera un deuxième lavement.

Le décubitus dorsal est la position de choix pour observer et palper le cadre colique pendant la pénétration du lavement qu'il est toujours intéressant de surveiller. Mais c'est, le malade en décubitus ventral et l'anse sigmoïde ainsi bien déroulée, sans superposition de ses segments, qu'il faut prendre les clichés. Il est utile aussi de compléter l'examen par les techniques d'évacuation du lavement puis d'insufflation préconisées par FISCHER. Enfin, chaque fois qu'un lavement de sulfate de baryum ne donne pas d'indication, il faut recourir aux méthodes récentes d'imprégnation des plis de la muqueuse par une solution floculante du type « umbrathor ».

Les renseignements recueillis par chaque temps de l'examen peuvent être schématisés de la façon suivante :

D'une part, on ne découvre aucune lésion gastroduodénale et le repas opaque chemine normalement.

D'autre part, en opposition avec ces données et tirant de là tout leur intérêt, existent les signes d'une affection du gros intestin. Ils affectent plus spécialement la région sigmoïdienne qui apparaît ainsi comme particulièrement responsable. En l'absence de tout symptôme clinique attirant l'attention sur un segment différent, en l'absence de lésions ano-rectales et surtout

de toute déformation du bulbe duodénal, il devient en effet logique d'établir une liaison entre les symptômes radiologiques sigmoïdiens et l'entérorragie. A plus forte raison, lorsque cette dernière s'est accompagnée de signes de souffrance du colon terminal.

C'est le dolichosigmoïde qui paraît le plus souvent en cause et tout aussi bien ses formes minimisées que les formes très étendues ; quelquefois, il s'associe à une augmentation du calibre de l'S iliaque ou à la diverticulose.

Moins fréquemment, on découvre une diverticulose en général discrète et prédominant, selon la règle, sur l'anse sigmoïde. Cette anomalie peut aller de pair avec certains défauts de remplissage ou d'opacification du segment intéressé que, dans tout un groupe d'observations, nous avons pu rencontrer à l'état pur.

Il s'agit de ces aspects radiologiques, indépendants d'une modification de la morphologie externe du viscère mais qui révèlent l'atteinte de sa muqueuse et de sa musculature. Ce sont les images dites de « colite », de « sigmoïdite », termes qui dissimulent encore de très nombreuses inconnues. Le segment intéressé apparaît spasmé, incisé d'anneaux de contraction qui lui donnent un aspect « en accordéon ». La substance opaque ne parvient à l'injecter que très irrégulièrement, comme si elle était mal tolérée par une muqueuse altérée. Sur les clichés pris après administration de lavements colloïdaux, on découvre des anomalies du plissement de la muqueuse sur laquelle, au lieu de dessiner de fins lacis réguliers, la substance opaque forme un revêtement discontinu ou dépose en flaqes plus ou moins étendues.

Le substratum anatomo-pathologique exact de ces images a été diversement interprété. Pour certains auteurs, il y aurait une liaison étroite entre le degré des anomalies radiologiques et l'intensité des troubles or-

ganiques. Fidèle à l'enseignement de notre Maître, M. le Docteur CAIN, nous pensons au contraire qu'il faut se garder de vouloir trop leur faire signifier. Même si la technique est des plus rigoureuses, il n'est jamais certain que l'imprégnation de la muqueuse soit intimement réalisée. De simples perturbations motrices, des « chasses coliques » localisées peuvent en imposer pour des atteintes graves de la tunique interne. Dans l'état actuel de nos connaissances, mieux vaut se borner à constater le caractère pathologique de ces images (à la condition qu'elles soient présentes sur tous les clichés pris au cours de l'examen) sans prétendre leur imposer une signification précise.

Au terme de cet exposé, il semble que les étapes du diagnostic positif puissent être ainsi résumées :

Cliniquement, des signes de souffrance sigmoïdienne, des émissions sanguines fréquemment répétées avec besoins et ténesme pourront faire soupçonner le syndrome. Par la suite l'absence de melœna devra toujours y faire songer.

Parfois une rectoscopie précoce permettra de repérer directement l'origine sigmoïdo-colique de l'hémorragie.

Dans la majorité des cas, les arguments définitifs seront donnés par l'examen aux Rayons X qui révélera uniquement une affection minime du gros intestin et plus spécialement du sigmoïde. Il sera logique de l'incriminer en l'absence de tout symptôme attirant l'attention sur un autre segment du tube digestif.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

En dehors de ces circonstances, malheureusement peu fréquentes, où l'endoscopie précoce voit directement saigner le sigmoïde, nombre de lésions digestives plus bas et surtout plus haut situées doivent être discutées avant que l'examen radiologique conclue à l'origine colique de l'entérorragie solitaire. Toutes les hémorragies digestives abondantes et primitives, de point de départ différent, doivent être ainsi éliminées :

LES HÉMORRAGIES DUODÉNALES

Parmi ces dernières, aucunes ne prêtent à confusion comme certaines intérorragies profuses de *l'ulcère duodénal*. Début brusque, rejet par l'anus d'une quantité considérable de sang rutilant mêlé de caillots, signes impressionnants de choc et d'anémie aiguë : le tableau est identique.

Heureusement, ce cataclysme est d'habitude précédé pendant plusieurs années par ces crises douloureuses passagères dont le caractère périodique et le rythme post-prandial évoquent aussitôt la maladie ulcéreuse. Cependant, l'interrogatoire doit être minutieux car les poussées discrètes et très espacées de certaines variétés

doivent être littéralement extirpées de la mémoire du malade.

Mais il existe aussi des formes hémorragiques pures de l'ulcère duodénal où fait défaut tout indice antérieur : le malade n'a jamais souffert. Sans doute, elles n'ont pas la fréquence que la tradition leur accordait. Néanmoins, leur existence est indéniable et si elles ne représentent pour URBAN que 0,9 % de la totalité des ulcères, BAFOUR, GUTMANN et DEMOLE pensent qu'elles peuvent atteindre au moins 8 % des cas. Sur l'heure, le diagnostic de ces formes pures avec l'entérorragie solitaire colique est impossible. En raison de sa gravité, il est même de bonne clinique de redouter toujours un ulcère.

Mais si la phase dramatique des deux accidents est analogue, leur évolution est différente et peut aider au diagnostic. Les émissions sanglantes de l'ulcère duodénal s'échelonnent sur plusieurs jours, soit sous l'aspect d'un sang rutilant, soit sous la forme de selles melœniques répétées. Elles laissent pour une longue période le malade fatigué et anémié. La brièveté est au contraire un des caractères dominants de l'entérorragie colique que nous étudions : en 24 ou 48 heures tout est fini, rejet de sang pur et de caillots. Il n'y a pas à proprement parler de melœna visible. En quelques jours aussi le rétablissement du malade est complet après un traitement banal. Cette évolution est pathognomonique. Lorsque des signes de souffrance sigmoïdienne ont coexisté, il devient cliniquement possible de suspecter le syndrome.

Ces particularités évolutives qui opposent une certaine variété d'entérorragie de l'intestin supra-terminal aux hémorragies de l'intestin initial méritent d'être soulignées. On sait en effet les difficultés pour établir ou écarter le diagnostic de la forme hémorragique pure de l'ulcère duodénal. L'examen radiologique lui-même

est souvent impuissant à découvrir, dans la phase post-hémorragique, la niche de cette lésion théoriquement jeune, muqueuse et qu'un raptus sanguin suffit à effacer (GUTMANN). Il est alors tentant d'incriminer une de ces duodénites hémorragiques de cause obscure dont les interventions chirurgicales ont révélé l'existence. Et souvent le diagnostic reste en suspens. Dans le cas particulier, l'évolution immédiate n'étant pas en faveur d'un saignement de point de départ haut situé, on n'en est que plus à l'aise pour rattacher à l'affection colique que découvre l'examen radiologique, cette entérorragie isolée.

Mises en regard des hémorragies de l'ulcère, les autres hémorragies duodénales — en particulier celles provoquées par les affections du couple spléno-hépatique — ont moins de traits communs avec l'entérorragie solitaire et, partant, s'en distinguent avec moins de difficultés. C'est que, généralement, les lésions de la muqueuse digestive dont elles sont la conséquence frappent plutôt l'estomac que le duodénum. Aussi, l'hématémèse est-elle la principale manifestation. L'entérorragie pure est plus rare.

D'autre part, il est rare aussi qu'il s'agisse d'entérorragie vraiment isolée : Fréquemment, on retrouve les antécédents et les stigmates d'une intoxication ayant pu léser le foie, comme l'éthylisme. L'examen clinique rassemble des signes discrets, certes, mais suffisants pour faire de l'hémorragie la complication d'une maladie jusque-là méconnue. A cet égard, la synthèse des symptômes recueillis permet de classer les malades en deux catégories dont la tendance hémorragique commune s'expliquerait, pour ABRAMI, par certaines altérations spléniques.

Tantôt l'hémorragie révèle une cirrhose latente. GILBERT, OETTINGER, MERKLEN et ISRAEL ont insisté sur ces cas. FOUQUET, VOILLEMIN en ont repris récemment

l'étude et FRUSUMAN leur a consacré sa thèse. On trouve des signes d'éthylisme, un subictère conjonctival, quelques ecchymoses et taches rubis, l'hypocondre droit est sensible. Parfois déjà se dessine une ébauche de circulation veineuse collatérale et le volume du foie et de la rate est modifié. Par la recherche des troubles de la crase sanguine, de l'urobilinurie, du mode de fixation du galactose, il faut s'efforcer d'apporter confirmation à la note clinique.

Ailleurs, on a l'impression d'un complexe morbide que domine l'atteinte splénique. Dans ces dernières années, ces accidents ont fait l'objet de multiples travaux. En France, les noms de CARNOT, CHABROL, CAROLI et MAISON y sont attachés. La rate est en général augmentée de volume ou même déjà palpable, des signes de circulation collatérale s'ajoutent et souvent le malade était connu depuis longtemps comme un anémique. Mais l'hémorragie peut décongestionner transitoirement la rate, masquant ainsi son hypertrophie. Elle peut aussi précéder toute splénomégalie cliniquement décelable comme l'ont signalé BALFOUR, CARNOT et LEOBARDY, GUTMANN et DEMOLE, ABRAMI. Aussi faut-il multiplier les examens, à distance de l'hémorragie, et s'aider de l'exploration de la loge splénique par les rayons X après insufflation du colon.

Le problème est d'autant plus important à résoudre qu'il sort peut-être du domaine du diagnostic différentiel. Jusqu'à quel point une splénopathie latente n'est-elle pas responsable, à distance, de l'entérorragie que nous étudions ? Nous nous sommes posé la question et nous verrons plus loin dans quel sens nous pensons devoir répondre.

Enfin, dans quelques observations, la cholécystite et l'appendicite chronique ont paru responsables d'abondantes hémorragies digestives. Mais là encore il s'agissait d'hématémèses suivies de mœœna, les signes cli-

niques et radiologiques de l'affection en cause étaient indiscutables. Aussi nous ne pensons pas qu'une confusion risque de se produire avec l'entérorragie solitaire colique.

LES HÉMORRAGIES ANO-RECTALES

Lorsque l'entérorragie solitaire se caractérise par des émissions sanglantes fractionnées et répétées jointes à des besoins impérieux et du ténesme, symptômes qu'explique la réplétion par le sang de l'ampoule rectale, on peut être tenté de suspecter une hémorragie par lésion du tube digestif terminal. Mais c'est l'hémorragie que l'on peut éliminer rapidement par un examen local soigneux.

Si les émissions subites et abondantes de sang rouge sont plus fréquentes au cours du *cancer du rectum* que l'on a coutume de le penser, elles s'accompagnent d'ordinaire des autres signes fonctionnels de l'affection et sont rapportées aisément à leur cause par le toucher et la rectoscopie. Il en est de même des rectorragies profuses, très dramatiques, des exceptionnels *angiomes du rectum*.

D'autres tumeurs, dont le tableau se résume le plus souvent en des hémorragies, réclament au contraire une exploration très minutieuse. Ainsi les *fibromes*, les *myomes* ou les *polypes solitaires*, ces derniers rares chez l'adulte, échappent souvent au toucher. La rectoscopie elle-même risque de les méconnaître si l'ampoule a été insuffisamment préparée et si l'on n'inspecte pas très attentivement la région des valvules et surtout la concavité sacrée dans la portion sus-anale.

Les problèmes les plus difficiles sont peut-être soulevés par les *hémorragies d'origine hémorroïdaire*. S'il est de bonne clinique de se méfier, avant d'attribuer à

d'hypothétiques hémorroïdes une perte de sang qui dépend en réalité d'une lésion sus-jacente, il l'est également d'éviter l'erreur opposée : de ne pas oser incriminer des hémorroïdes, malgré qu'elles soient évidentes et que l'examen le plus approfondi n'ait pas trouvé au-dessus d'elles une lésion susceptible d'avoir saigné. Cette erreur est entretenue par la conception que l'on se fait ordinairement de l'hémorragie hémorroïdaire : hémorragie de sang rouge, minime, provoquée par la défécation, arrosant les matières sans s'y mélanger, coexistant enfin avec les signes fonctionnels des hémorroïdes dont elle traduit la rupture. Les observations sont au contraire assez fréquentes où l'hémorragie survient sans aucun passé de douleurs et de prolapsus, sans essai de défécation et sous une allure cataclysmique. Le rectoscope seul en permet alors le diagnostic d'origine. Parfois il est relativement aisé : au-dessus d'un anneau de veines dilatées, se voient les lésions décrites par BENSUADE et ses collaborateurs CAIN et OURY, RACHET. Sur quelques centimètres la muqueuse est soit irrégulière, œdématisée, sillonnée de fins capillaires et parsemée d'un piqueté hémorragique, soit semée de petites exubérances qui saignent au moindre contact. Il s'agit d'une rectite sus-hémorroïdaire. Mais elle peut manquer et le diagnostic devient très délicat car il est alors exceptionnel que le rectoscope retrouve la classique rupture de varice, le mécanisme de ces hémorragies étant très différent : c'est la muqueuse sus-jacente qui saigne en large nappe, le sang perlant à son niveau. Il reflue en même temps dans l'ampoule rectale dont il gêne l'examen. Un excellent signe est alors, contrastant avec le revêtement sanguin de l'ampoule, l'absence de toute souillure sanglante au niveau de l'anse sigmoïde.

LES HÉMORRAGIES DE L'ILÉON ET DU GROS INTESTIN

Les hémorragies duodénales et ano-rectales écartées avec certitude, il demeurerait imprudent de conclure à une entérorragie colique solitaire sans avoir réuni les éléments qui militent contre les saignements du grêle ou du colon de signification beaucoup plus grave.

Les *cancers du gros intestin*, qu'il convient de redouter toujours quel que soit l'âge du malade, ne comptent que très exceptionnellement l'hémorragie comme signe révélateur. SAVY et DELORT ont consacré une étude à ces formes hémorragiques. De leur analyse il ressort que lorsque l'entérorragie abondante semble le premier signe, l'interrogatoire ou l'examen clinique révèlent des symptômes associés restés jusqu'alors méconnus : filets de sang mêlés aux matières, constipation d'installation récente, parfois déjà tumeur ou abcès. C'est, comme le souligne RUDLER, que l'hémorragie est plus fréquente à une période avancée de l'évolution qu'à son début. De plus, l'hémorragie abondante est toujours rare, comparée aux petites hémorragies répétées. Absolument isolée, elle est exceptionnelle. DESMAREST, dans sa thèse, ne l'a rencontrée que deux fois sur 98 cas. La clef du diagnostic est alors l'exploration radiologique minutieuse du colon qui montre déjà une sténose ou une déformation pariétale effaçant localement les plis de la muqueuse.

Ces particularités s'appliquent aussi aux *tumeurs bénignes dégénérées*. Récemment, R. BNSAUDE, DE GAUDART D'ALLAINES et MARTIN ont rapporté le cas d'une femme de 64 ans qui, pour tout symptôme, présentait des entérorragies abondantes. Il existait déjà une image lacunaire sur le colon transverse. L'examen histologique révéla une tumeur villeuse dégénérée.

Au cours de la *tuberculose intestinale*, l'hémorragie

est classiquement admise au titre d'un accident terminal analogue à certaines hémoptysies mortelles de la tuberculose pulmonaire. Néanmoins, elle est rare, car les ulcérations tuberculeuses sont creusées dans un tissu où les thromboses vasculaires s'opposent à tout saignement important. Dans tous les cas, le terrain sur lequel elle se greffe prête peu à confusion.

Mais, tout récemment, BONAFÉ et ROUGY, CADE et MILLIAUD, COLBERT (DE CAMBO) ont signalé des hémorragies abondantes et solitaires parmi les signes d'alarme de la tuberculose intestinale. Après les avoir rattachées à une ulcération passagère, BONAFÉ admet actuellement la possibilité de lésions purement congestives qui semblent en effet plus probables. Ce sont des hémorragies cataclysmiques, sans signes prémonitoires ni d'accompagnement. Parfois coexistent quelques symptômes indiquant une origine colique, spasme localisé, douleur en un point précis, en particulier sur la région sigmoïdienne. Dans bien des cas, il s'agit d'un accident sans aucune suite fâcheuse. Ailleurs, on voit évoluer une tuberculose ultérieure.

La connaissance de ces faits, leur rattachement à la tuberculose est facilitée par la coexistence de lésions pulmonaires en évolution. Mais il n'est pas sans intérêt d'en souligner les analogies avec le syndrome que nous étudions, analogies qui s'expliquent peut-être par l'identité du mécanisme. Peut-être même convient-il d'aller plus loin et de détacher ces variétés du chapitre du diagnostic différentiel pour les incorporer au syndrome des colorrhagies solitaires. Certaines de nos observations concernent en effet des tuberculeux pulmonaires. Notons pourtant que BONAFÉ et ROUGY ne paraissent pas avoir retrouvé l'épine locale que trois de ces observations nous offrent sous la forme d'un dolichosigmoïde.

A côté de leurs formes dysentériques, les *recto-colites* ont des aspects purement hémorragiques qui doivent

être discutés. Ces aspects ont pu être observés au cours des diverses recto-colites infectieuses ou parasitaires connues. Ainsi ANGLADE et ROSENBAUCH, RACHET ont signalé quelques cas de variétés purement hémorragiques de l'amibiase intestinale. Mais, bien plus souvent, l'hémorragie domine ou résume la symptomatologie des recto-colites graves dites « cryptogénétiques ». Cliniquement, leur allure est différente de l'hémorragie dramatique, subite et brève, que nous étudions. L'évolution s'en fait par poussées, analogues à celles des ulcères gastro-duodénaux, poussées durant quelques jours et caractérisées par des hémorragies répétées, les unes de sang pur, les autres d'une sérosité sanglante d'aspect hémolysé. Localement, au contraire, l'état de la muqueuse prêterait à confusion si les lésions ne débordaient largement sur l'ampoule rectale et si surtout leur persistance, leur ténacité, ne signaient la recto-colique.

Enfin, la première manifestation d'un angiome intestinal ou d'un polype solitaire colo-sigmoïdien peut être une grande hémorragie subite de sang rutilant qui rappelle celles que nous étudions.

L'angiome intestinal est exceptionnel. On peut le suspecter s'il existe aussi des angiomes cutanés. BENSAUDE, R. GUTMANN ont rapporté des cas semblables. Le siège de ces angiomes cutanés peut être la région ano-périnéale où il ne faut pas les confondre avec des hémorroïdes. Quant aux localisations profondes elles dépassent en général le colon pour réaliser une véritable angiomatose digestive. Le cas de TUFFIER concernant un angiome localisé uniquement au sigmoïde paraît en effet isolé. Dans tous les cas l'endoscopie peut seule révéler l'étiologie de l'hémorragie en montrant parfois des angiomes sigmoïdiens. Par la suite, l'hémorragie récidive et fréquemment entraîne la mort.

C'est aussi la sigmoïdoscopie qui permet de rattacher

à l'existence d'un *polype sigmoïdien* une hémorragie isolée. Cette tumeur bénigne est d'ailleurs rare chez l'adulte et plus encore sa complication hémorragique. Un seul examen peut ne pas suffire pour le découvrir ; il faut le répéter après avoir soigneusement préparé le malade. Quant au polype situé plus haut que le sigmoïde, l'examen aux rayons X ne le reconnaît qu'exceptionnellement même si l'on recourt à la méthode de FISCHER d'insufflation colique après évacuation du lavement. Aussi certains auteurs se sont-ils demandé si nombre d'entérorragies dites « cryptogénétiques » n'étaient pas la traduction d'un polype intestinal impossible à déceler.

Cette méconnaissance possible d'une lésion intestinale hémorragique, qui s'explique par la pauvreté des moyens d'investigation dont nous disposons à l'égard du grêle et du colon, fait aussitôt naître une objection. Sommes-nous sûrs que les affections sigmoïdiennes que nous avons découvertes sont responsables de l'entérorragie solitaire ? N'en avons-nous pas plutôt laissé la vraie cause dans l'ombre ? A la première question la concordance d'un tableau clinique toujours le même avec des facteurs sigmoïdiens souvent identiques nous autorise, croyons-nous, à répondre par l'affirmative. A la deuxième, nous pensons devoir répondre par un non en raison de l'évolution si particulière de notre syndrome : une lésion hémorragique associée aurait fait sa preuve ultérieurement par des entérorragies nouvelles.

ESSAI PATHOGÉNIQUE

Le mécanisme des hémorragies digestives est toujours à l'étude. Longtemps on en a rendu responsable une lésion vasculaire très localisée, rupture ou obstruction. Plus tard, les travaux sur la coagulation sanguine ont permis de faire intervenir un trouble humoral. Enfin, on commence à pressentir le rôle important de certaines lésions du système neuro-végétatif abdominal.

Tout document anatomique ou expérimental nous faisant défaut, et toute constatation opératoire aussi, nous ne pouvons, en ce qui concerne les entérorragies solitaires coliques, dépasser le stade des hypothèses. Nous nous bornerons donc à envisager les trois théories précédentes en indiquant laquelle nous semble, dans le cas particulier, la plus satisfaisante. Peut-être s'agit-il moins d'exclure l'une au profit de l'autre que de les subordonner et de préciser le degré et le mode de succession dans le temps de plusieurs facteurs réciproques.

1) L'intervention d'une lésion vasculaire localisée ne nous paraît pas devoir être admise sans beaucoup de réserves.

Tout d'abord, chaque fois qu'une rectoscopie nous a permis de voir saigner directement la muqueuse sigmoïdienne, le suintement diffus, en véritable nappe de rosée sanglante, éliminait toute possibilité d'une

rupture artérielle ou veineuse. Jamais non plus l'examen général de nos malades n'a permis de retrouver chez eux cause ou stigmates d'une affection pouvant se compliquer d'un tel accident.

Mais un facteur différent : l'infarcissement d'un territoire colique à la suite d'une obstruction mésentérique par torsion ou thrombose mérite qu'on le discute davantage.

Signalant en effet les hémorragies abondantes qui compliquent les grands dolichocolons, CHIRAY, LOMON et R. WAHL ont écrit : « Le plus souvent on les rencontre, non dans les formes colitiques mais au contraire dans les formes douloureuses. Elles correspondent alors à des coutures ou des torsions de vaisseaux dans le mésentère trop long et flottant de l'anse intéressée. Il s'agit d'un mécanisme analogue à celui de ces hémorragies intestinales qu'on voit au cours du volvulus incomplet et qui ont été signalées déjà par quelques auteurs. »

Peut-être faut-il retenir ce facteur pour certaines entérorragies solitaires greffées sur des dolichosigmoïdes. Notons cependant que les antécédents douloureux retrouvés par CHIRAY, LOMON et WAHL y font défaut. Sans doute, l'accident débute fréquemment par une violente crise de coliques, mais combien passagère et, par la suite, rien dans le tableau clinique n'évoque même une menace d'occlusion. Enfin, il y a loin de l'hémorragie dramatique que nous étudions au suintement en général discret et noirâtre qui accompagne l'évolution de certains volvulus.

On pourrait, quelques-unes de nos observations concernant des malades d'âge avancé, soulever l'hypothèse d'un accident vasculaire d'une autre nature. Sous le nom d'« épistaxis coliques », MATHIEU a décrit des hémorragies soudaines propres aux sujets âgés, pléthoriques et qui semblent provoquées par une ischémie

brusque en liaison avec l'artériosclérose colique. Mais déjà on saisit l'intervention d'un mécanisme complexe à la fois nerveux et vasculaire : Il y aurait analogie avec ce qui se passe au niveau des poumons quand un spasme artériolaire déclenche un réflexe de transsudation qui inonde tout un champ du viscère (JUSTIN-BESANÇON, DELARUE, BARDIN). Mais le tableau des « épistaxis coliques » est différent : des douleurs, des vomissements, du météorisme abdominal s'ajoutent, tous ces signes manquant au contraire dans nos observations. Ajoutons aussi que les examens d'artères mésentériques que nous avons pu faire « post mortem » à l'hospice d'Ivry sur les vieillards ne plaident pas pour la fréquence des accidents intestinaux tenant à l'athérome. Exceptionnellement, en effet, nous avons constaté une vascularite athéromateuse et cette mésentérite rétractile qui, pour certains auteurs, en est la signature et la complication.

En résumé, donc, pour expliquer l'entérorragie solitaire colique, toute rupture vasculaire doit être écartée, tout phénomène de coudure, de torsion ou de thrombo-spasme nous paraît rare et, s'il est isolé, inefficace. D'autres facteurs doivent s'ajouter.

II) Ces facteurs adjuvants ou peut-être primordiaux, faut-il les chercher dans la physio-pathologie humorale ?

Dès 1854, MONERET puis, plus tard, CHARCOT, DEBOVE, COURTOIS, SUFFIT ont entrevu dans certaines hémorragies le rôle des troubles de la coagulation. Mais ce n'est qu'avec des travaux expérimentaux de NOLF, de DOYON, des auteurs allemands et américains, WHIPPLE notamment, que des faits précis ont été apportés.

L'application de ces données à la pathologie digestive a été faite par P.-E. WEIL, BOGAGE et ISCH-WAHL qui ont rattaché à un dysfonctionnement hépatique tout

un ensemble d'entérorragies. AUBERTIN, VOILLEMIN demeurent fidèles à cette conception de l'« hémocrasie hépatique » tandis que ABRAMI et ses collaborateurs penchent plutôt pour un trouble splénique.

De ces hémorragies digestives liées à des altérations hémoplastiques, hémorragies des cirrhoses en particulier, peut-on rapprocher l'entérorragie colique solitaire ? Nous avons déjà posé le problème en envisageant les hémorragies duodénales provoquées par les splénopathies. Un des états de méiopragie capillaire sur lesquels insiste ROSKAM, développé à la faveur d'une anomalie locale (dolichocolon, diverticulose), polariserait-il sur le colon les conséquences de cette hémodyscrasie ?

Mais la presque totalité de nos observations ne nous permet pas de retrouver l'hémophilie ou l'hémogénie sous la forme d'une diathèse constitutionnelle ou acquise évidente. Une fois il y avait tendance aux ecchymoses spontanées, le signe du lacet était positif et le temps de coagulation allongé (Obs. 19). Une autre fois le temps de coagulation atteignait 30' (Obs. 8). Dans un cas enfin, le caillot était irrétractile (Obs. 1). Ailleurs, jamais l'interrogatoire ne retrouva les troubles des règles, les ecchymoses faciles, les épistaxis et les gingivorragies qui sont les symptômes courants de la grande hémogénie. Il ne pourrait donc être question que d'une variété très localisée de l'hémogénie discrète à rapprocher de la forme rénale. Mais cliniquement aucun argument n'est à retenir : les hémorragies minimales, si fréquemment associées, en particulier le purpura ou les suffusions cutanées au moindre traumatisme font défaut. La soudaineté, la brièveté et l'isolement de l'entérorragie s'opposent au caractère désespérément traînant, aux reprises, aux récidives des raptus sanguins d'origine hémopathique. Sauf exception, nous l'avons déjà noté, aucun stigmate sanguin n'est non plus en

confirmation : lacet ecchymotique, allongement des temps de saignement et de coagulation, irrtractibilité et redissolution du caillot. Tout stigmaté biologique d'insuffisance hépatique fait aussi défaut. Enfin le volume de la rate est normal et ne se modifie pas au cours des examens successifs.

III) Ainsi donc, l'intervention d'un mécanisme physio-pathologique humoral ne nous paraît guère probable dans les entérorragies coliques que nous envisageons. Nous pencherions plutôt pour certains troubles neuro-végétatifs que la clinique et surtout l'expérimentation retrouvent à l'origine d'un nombre important d'hémorragies digestives.

On sait depuis longtemps, en effet, que certaines lésions du système nerveux central peuvent se compliquer de raptus hémorragiques gastriques ou intestinaux. L'hématémèse de certaines crises tabétiques est bien classique. Plus récemment, CUSHING, MASTERS et BUNTS, LEDOUX et TISSERAND ont observé des hémorragies digestives secondaires à des lésions cérébro-médullaires très diverses.

A ces accidents en rapport probable avec l'atteinte de la portion centrale du sympathique, on peut en ajouter qui laissent soupçonner une lésion périphérique de ce même système. Une observation déjà vieille de GENDRON signale, chez un sujet hyperémotif, des hématémèses répétées qui un jour firent place à des sueurs de sang. SCHOEMEKEER, décrivant les lésions du « red stomach », pense aussi à l'intervention d'un trouble sympathique. Il est difficile encore de n'y pas songer devant l'hémorragie duodénale que H.-W. WUERTHALE a vu compliquer un massage vibratoire de l'abdomen. MAISON, VOILLEMEN invoquent également des troubles semblables pour expliquer certaines hémorragies con-

sécutives aux splénomégalies, aux lésions du foie et la thèse de FRUMUSAN en apporte la preuve.

A ces faits, qui entrent d'ailleurs dans un vaste groupe de raptus sanguins « neurogènes » débordant la sphère digestive, l'expérimentation apporte des bases précises : Il est établi depuis longtemps que la section ou l'ablation d'éléments du sympathique abdominal sont suivies de congestion intestinale (Cl. BERNARD, BUDGE, SCHIFF) ou même d'une apoplexie sous-séreuse provoquant des suffusions hémorragiques (CLAVEL et MALNOTTE).

Tout récemment, cette étude a été reprise par REILLY et LAPLANE en vue d'élucider le mécanisme des hémorragies intestinales de la dothienenthérie. L'irritation splanchnique par inoculation de toxiques variés ou par des procédés purement physiques (ligature, faradisation) a permis à ces auteurs de reproduire les lésions et les hémorragies de la maladie. Ainsi se trouve indirectement confirmé le rôle du sympathique périphérique dans les hémorragies digestives de cause diverse puisqu'un agent expérimental variable a, chaque fois, provoqué des accidents identiques. Ces raptus sanguins s'expliqueraient par un processus d'endothéliite frappant, sur une région étendue, capillaires, veines et surtout artérioles, véritable dégénérescence abiotrophique secondaire à la lésion sympathique.

Or, le syndrome que nous étudions présente comme un air de famille avec les accidents paroxystiques où l'intervention du système sympathique ne fait pas de doute. Sa soudaineté illogique, sa brièveté d'évolution après un début à grands fracas, sa disproportion avec l'épine locale sur laquelle il se greffe habituellement, tout cela évoque une perturbation neuro-végétative se manifestant par un « coup de sang intestinal ». Dans une observation on saisit d'ailleurs un accident concomitant significatif, l'apparition d'une urticaire géante

(Obs. 15). Enfin quelques rectoscopies nous ont permis de retrouver les lésions hémorragiques en nappes diffuses que REILLY et LAPLANE soulignent comme étant la conséquence des lésions vasculaires d'origine sympathique.

Pour toutes ces raisons, nous inclinons donc à penser qu'une perturbation sympathique n'est pas étrangère au déclenchement du syndrome. Mais nous convenons que nous n'en avons aucune preuve. Nous supposerions volontiers également que la lésion frappe, sauf rares exceptions, les éléments du plexus mésentérique propres à l'anse sigmoïde qui apparaît en effet comme la zone d'élection des hémorragies solitaires.

Cliniquement déjà, l'atteinte sigmoïdienne élective se soupçonne lorsqu'existent des douleurs de la fosse iliaque gauche, une corde sigmoïdienne très sensible, tandis que les autres segments coliques sont absolument indolores. Certaines endoscopies précoces permettent à ces soupçons de prendre corps en montrant une large suffusion sanguine sur le sigmoïde. Mais c'est avant tout la concordance des données radiologiques qui entraîne la certitude. La presque totalité de nos observations nous révèle en effet des dystrophies minimes, des états inflammatoires uniquement localisées sur l'S iliaque. Plutôt que d'entérorragies coliques, il convient, devant ces arguments, de parler d'hémorragies sigmoïdiennes.

Il reste à se demander pourquoi l'anse sigmoïde est la région particulièrement exposée à de tels accidents. Si l'on admet la thèse d'une lésion sympathique, poser cette question revient à rechercher jusqu'à quel point l'apparition et la localisation du syndrome ne sont pas favorisées par une débilité nerveuse locale préalable. Il est curieux en effet de remarquer la prédilection qu'il affecte pour ces anomalies morphologiques du sigmoïde, allongement ou diverticulose, que certains au-

teurs tiennent pour des états dystrophiques d'origine nerveuse.

Quant à l'agent pathogène dont l'action sur les éléments sympathiques provoque l'entérorragie, nous avons déjà signalé plus haut (p. 18) dans quelle incertitude nous étions à son égard. Les expériences de REILLY et de ses collaborateurs laissent entrevoir qu'il est loin d'être spécifique et qu'à côté de facteurs infectieux ou toxiques, des facteurs purement physiques peuvent avoir leur part. C'est par là que certains points de la thèse mécaniste peuvent se concilier avec celle en faveur de qui nous penchons ; une ébauche de torsion mésentérique avec augmentation soudaine de la pression intra-sigmoïdienne, un obstacle vasculaire, pourraient être la cause de l'irritation sympathique et de ses conséquences.

Plusieurs de nos observations sont en faveur d'une étiologie microbienne : une de nos malades fut frappée au déclin d'un érysipèle serpiginieux (Obs. 26), une autre au cours d'une angine streptococcique (Obs. 15), un 3° à l'acmé d'une poussée de furonculose (Obs. 11). Une autre fois, l'hémorragie fit suite à une crise de diarrhée fébrile (Obs. 2).

Trois de nos observations concernent des sujets ayant eu une lésion pleuro-pulmonaire de nature tuberculeuse (Obs. 14, 20, 21) et une quatrième un tuberculeux pulmonaire en cours de pneumothorax thérapeutique (Obs. 6). Elles soulèvent l'hypothèse d'une relation possible entre l'épisode intestinal et l'affection de l'arbre respiratoire. Des cas analogues ont été, en effet, recueillis par BONAFÉ qui n'hésite pas à en faire l'expression d'une lésion intestinale tuberculeuse minime et passagère. Toutefois nos observations se compliquent du fait de la coexistence d'un dolichosigmoïde et par ailleurs elles concernent des sujets guéris ou sans aucun signe de poussée évolutive. La liaison entre l'hémorra-

gie digestive et les manifestations pulmonaires est alors assez discutable.

Mais il reste que, pour la majorité des cas, la cause efficiente ne fait pas sa preuve. Peut-être faut-il invoquer l'exaltation du microbisme intestinal chez des constipés chroniques. Certains troubles mécaniques dont nous avons déjà parlé, un déséquilibre thermique brutal (Obs. 24), l'irritation provoquée par une purgation (Obs. 8), certains désordres légers de la crase sanguine, comme on en découvre quelquefois, peuvent avoir aussi leur rôle. Mais il est impossible de conclure. Et par ces obscurités le syndrome rejoint le vaste groupe des hématuries isolées dont presque tout le chapitre de l'étiologie est encore à écrire.



THÉRAPEUTIQUE

Ce que nous savons de l'évolution spontanément curable de l'entérorragie colique solitaire et de son bon pronostic ultérieur, nous dispense de longues considérations thérapeutiques. Une seule erreur est à éviter : celle qui consisterait à vouloir recourir, dans le désir de sauvegarder l'avenir, aux interventions chirurgicales. Le seul traitement qui soit de mise est le traitement médical.

LA THÉRAPEUTIQUE IMMÉDIATE sera le plus souvent assez simple. Le malade sera mis au repos dans le décubitus dorsal, une vessie de glace sur l'abdomen et laissé un jour ou deux à la diète hydrique.

Dans certains cas l'intensité du choc et de l'anémie peuvent ordonner des moyens plus actifs : l'injection de préparations camphrées, de caféine, de sérum physiologique et surtout la transfusion sanguine. Il n'est guère besoin de recourir à la médication hémostatique.

Si l'entérorragie s'accompagne de spasmes douloureux du colon terminal, la belladone ou l'atropine, la génésérine sont indiquées. Mais il vaut mieux se garder des opiacés qui risquent d'entraîner une constipation opiniâtre par blocage de l'intestin.

Au bout de quarante-huit heures l'alimentation peut être reprise progressivement et l'on doit hâter la récu-

pération sanguine par la prescription de médicaments à base de fer et par les méthodes de WHIPPLE et de CASTLE.

PAR LA SUITE, on essaiera de régulariser les fonctions intestinales, si fréquemment en défaut, de ces malades. Le régime, l'usage modéré des mucilages et de l'huile de paraffine, les pansements intestinaux au sous-nitrate de bismuth y pourvoieront. Par contre les laxatifs divers, les purgatifs violents auxquels les malades sont si souvent tentés de recourir devront être formellement déconseillés.

CONCLUSIONS

1. — Certaines hémorragies profuses d'origine colique peuvent présenter chez l'adulte une physionomie et une évolution qui légitiment leur groupement en un syndrome :

Le syndrome des entérorragies solitaires d'origine colique.

2. — Il s'observe aussi bien chez la femme que chez l'homme à partir de l'adolescence et paraît favorisé par certaines anomalies coliques : le dolichocolon, la diverticulose. Mais la cause essentielle en est la plupart du temps impossible à saisir.

3. — Son tableau clinique est dramatique : Brusquement, chez un sujet indemne, jusqu'alors, de troubles digestifs importants, se déclenche, annoncée par une crise de coliques ou sans signes avant-coureurs, une entérorragie considérable faite d'un sang rutilant mêlé de caillots. Tantôt l'émission est massive et reste unique, tantôt elle se renouvelle une ou deux fois, tantôt enfin elle se caractérise par le rejet, répété un nombre considérable de fois, d'une petite quantité de sang rouge. Un impressionnant état de choc et d'anémie aiguë est de règle.

Trois particularités doivent être soulignées :

1) L'interrogatoire et l'examen clinique ne permettent de préciser ni la cause ni le point de départ de l'entérorragie. Il s'agit d'un accident absolument isolé. Pourtant des signes de souffrance du colon terminal l'accompagnent parfois que révèlent les plaintes du malade, le palper de la fosse iliaque gauche, le toucher rectal.

2) L'évolution est caractéristique de l'origine basse de l'hémorragie et de sa brièveté. En effet, passées 24 ou 48 heures le malade ne saigne plus, la surveillance des selles ne montre pas de melaena apparent, chaque fois la rapidité de réparation de l'organisme est heureusement surprenante.

3) L'évolution ultérieure contribue à mériter à l'entérorragie le terme de solitaire puisque, sauf très rare exception, il n'y a ni récides, ni troubles intestinaux consécutifs.

4. — Si les signes de souffrance sigmoïdienne, les besoins impérieux avec ténésme, et surtout l'absence de melaena peuvent orienter le diagnostic d'origine, seuls la recto-sigmoïdoscopie et l'examen radiologique du colon affirment le point de départ du saignement :

a) Parfois, une rectoscopie précoce permet de voir directement saigner la muqueuse sigmoïdienne ;

b) Dans tous les cas, l'examen radiologique révèle soit un dolichocolon, soit une diverticulose, soit un état inflammatoire de l'S iliaque : une « sigmoïdite ».

5. — Avant la mise en œuvre de ces examens de complément, le diagnostic se pose avec les diverses entérorragies profuses isolées de point de départ différent :

a) les hémorragies de l'ulcère duodénal surtout. Mais

leur évolution est différente et l'examen radiologique permet de les écarter.

b) les hémorragies d'origine ano-rectales qu'élimine l'examen local.

Enfin, avant de conclure à une entérorragie colique solitaire, les lésions hémorragiques du colon ou du grêle doivent être discutées : cancer, tuberculose, rectocolites hémorragiques, tumeurs bénignes.

6. — L'absence de vérifications anatomiques et de documents expérimentaux ne nous autorise qu'à un aperçu pathogénique prudent.

a) L'aspect clinique du syndrome, certaines constatations endoscopiques ne sont pas en faveur de l'intervention isolée d'un accident vasculaire localisé : rupture, torsion, thrombose.

b) Le caractère solitaire de l'hémorragie, sa brièveté d'évolution, l'absence ordinaire de stigmates sanguins, l'absence de toute affection splénique ou hépatique ne plaident pas non plus pour une origine dyscrasique.

c) Au contraire, les données expérimentales récentes sur le rôle du sympathique abdominal dans la production des hémorragies digestives, l'analogie du syndrome avec les accidents paroxystiques neuro-végétatifs, nous feraient plutôt croire à un mécanisme nerveux : L'entérorragie solitaire d'origine colique pourrait traduire l'atteinte de certains éléments du sympathique abdominal, ceux propres à l'anse sigmoïde surtout, et peut-être cette atteinte est-elle favorisée par une débilité préalable de ces éléments.

En effet, l'entérorragie solitaire affectionne certaines anomalies morphologiques, dolichosigmoïdes, diverticuloses, qui pourraient être des dystrophies d'origine

nerveuse et dont le siège habituel fait de l'anse sigmoïde la région d'élection du syndrome.

Mais il est remarquable que la cause essentielle en reste dans la règle impossible à préciser.

7. — La thérapeutique est strictement médicale, toute intervention chirurgicale doit être rejetée.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

A) SIGMOIDITES

OBSERVATION I

(A. CAIN et J. FACQUET, 1933)

Mme D..., 80 ans, entre dans le service pour une abondante perte de sang rouge par l'anus, survenue la veille, brusquement, en pleine santé. L'hémorragie a été très abondante (1 litre ?) mais ne s'est pas accompagnée d'état syncopal. Elle ne s'est pas renouvelée.

A l'examen : ventre un peu ballonné, paroi déficiente. Le colon gauche est spasmé, mais indolore. Au toucher rectal, à travers la paroi, en avant et à gauche, on perçoit le sigmoïde dur et spasmé, transversalement tendu. Il est douloureux et roule sous le doigt.

Les jours suivants, il n'y a pas de température. Les selles, obtenues par lavement après administration de paraffine et d'huile de ricin, ont un aspect normal.

ANTÉCÉDENTS.

Constipation ancienne que la malade combat avec des laxatifs variés et qui a augmenté depuis quelques mois.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

Rectoscopie (le jour même de l'entrée) :

L'instrument est arrêté à l'entrée du sigmoïde dont l'orifice inférieur dessine un bourrelet spasme de coloration violacé, presque ecchymotique.

48 heures plus tard, le rectoscope pénètre avec beaucoup de difficulté dans le segment terminal du sigmoïde; mais le spasme s'oppose à tout essai de progression car la muqueuse saigne abondamment au contact de l'instrument.

Ce n'est qu'au bout de quelques jours que l'on peut progresser sur une longueur de 18 cm. environ. L'intestin est spasme, la muqueuse reste congestionnée mais ne saigne plus.

— Examen radiologique.:

Estomac et duodénum d'aspect normal.

Lavement opaque : au début la gélobarine marque longuement l'arrêt à l'orifice inférieur du sigmoïde puis traverse rapidement ce dernier, en gardant à peine le contact, sous la forme d'une traînée opaque minime, floue et irrégulière. Le reste du cadre est normal.

Les examens successifs nous ont montré que le calibre sigmoïdien augmentait progressivement, que le contact était mieux gardé, les contours moins irréguliers.

— Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Irrétractilité du caillot.

EVOLUTION.

L'hémorragie n'a pas récidivé.

OBSERVATION II

Mlle Delv..., 22 ans, présente le 15 octobre 1930 une crise de diarrhée, avec léger mouvement fébrile, qui cesse en 48 heures.

Dix jours après, sans aucun prodrome, la malade rejette par l'anus une quantité considérable de sang rouge et fait une syncope. La pâleur, la dépression sont si marqués qu'une transfusion de 500 gr. est pratiquée d'urgence.

Un peu plus tard, l'examen clinique ne montre, en dehors des symptômes généraux tenant à l'abondance de l'hémorragie, qu'une douleur spontanée et réveillée par la palpation sur la portion terminale du colon gauche. Ce segment forme une sorte de boudin résistant et très sensible.

L'hémorragie ne se renouvelle pas et n'est pas suivie de melœna évident. L'asthénie et l'anémie s'améliorent très rapidement. En une semaine, la malade semble parfaitement rétablie.

T.A. : 13-8.

ANTÉCÉDENTS.

Aucun trouble d'ordre digestif, mais depuis 6 ans albuminurie solitaire de cause ignorée. La T.A. est normale, ainsi que le chiffre de l'urée sanguine. Il n'y a pas de cylindrurie. L'élimination des chlorures et de la phénolphtaléine n'est pas troublée.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

La rectosigmoïdoscopie a pu être pratiquée le jour même de l'accident. Segment ano-rectal vide de sang et

d'aspect normal. Au contraire, à 12 cm. au-dessus de l'anus, la muqueuse devient rouge foncé et « pleure le sang » au moindre contact, sans qu'existent d'ulcérations.

— Recherche des parasites dans les selles = 0.

— Aucun trouble de la crase sanguine.

— Examen aux Rayons X : Image normale de l'estomac et du duodénum.

Un lavement baryté injecte bien le cadre colique.

Peut-être l'anse sigmoïde est-elle un peu allongée, mais surtout elle se remplit mal et garde imparfaitement le contact de la substance opaque.

EVOLUTION.

Le 10 novembre, une nouvelle rectosigmoïdoscopie montre une muqueuse redevenue normale sur toute la longueur de la progression du tube. Il en est de même le 16 bien que, cliniquement, le sigmoïde reste sensible et spasmé.

Le 6 juin 1932 l'état général est excellent, par contre existent depuis l'accident des troubles intestinaux : selles mal formées, alternatives de diarrhée et de constipation. Le sigmoïde est toujours sensible et à l'endoscopie sa muqueuse reste hyperémiée. Pourtant l'analyse des selles n'y montre ni sang, ni mucus, ni parasites.

Au cours des années suivantes, l'état intestinal ne s'est pas modifié. En février 1934, on a remarqué une poussée de congestion rectale diffuse mais sans hémorragie.

OBSERVATION III

Mme Lem..., 35 ans, présente brusquement, sans aucun prodrome, le 11 juin 1932, une entérorragie massive. Il s'agit de sang rutilant, non mêlé de caillots et son abondance est telle que surviennent rapidement des tendances syncopales.

En dehors de symptômes généraux alarmants, l'examen clinique ne révèle, par le palper de l'abdomen, qu'un colon gauche spasmé et douloureux. Le toucher vaginal, le toucher rectal n'apportent aucun renseignement.

T.A. : 10-7.

Les jours suivants l'hémorragie ne se renouvelle pas. Il n'y a pas de melœna. Le retour à la santé est rapide.

ANTÉCÉDENTS.

En 1926 : appendicectomie et ovariectomie droite.

En 1929 : injections sclérosantes pour hémorroïdes.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

— La rectoscopie n'a pas été pratiquée en raison du refus de la malade.

— Examen radiologique :

Image gastro-duodénale normale.

Le lavement opaque, mal toléré et douloureux, révèle une anse sigmoïde petite, aplatie, d'abord dirigée vers la droite, puis se rabattant à angle aigu du côté gauche. La première par-

tie se laisse remplir et donne une ombre boudinée sans segmentation. La deuxième au contraire, ne se laisse pas opacifier et reste claire, étroite, aspect qui persiste lorsque la totalité du colon est injectée par un lavement de deux litres. Le palper de la partie spasmodique du sigmoïde éveille de vives douleurs.

- Pas de parasites dans les selles.
- Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

EVOLUTION.

Pas de nouvelle hémorragie.

En avril 1933 un deuxième lavement opaque montre une anse sigmoïde normale.

OBSERVATION IV

M. Van..., 61 ans, est pris le 30 juin 1933, sans aucun signe prémonitoire local, d'une sensation de malaise suivie brusquement d'une entérorragie de sang rutilant qui souille son pantalon et son fauteuil. Il se dirige péniblement vers les W.-C. où il est pris de syncope en emplissant la cuvette de sang rouge et de caillots.

Cet accident ne se renouvelle pas et n'est pas suivi de mélcœna apparent.

L'examen clinique pratiqué le jour même révèle seulement une anémie et une asthénie marquées. Le toucher rectal est négatif.

T.A. : 11-7.

ANTÉCÉDENTS.

Série d'injections sclérosantes pour hémorroïdes, douloureuses, mais non saignantes, deux ans plus tôt. Aucun trouble local depuis.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

- Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation, rétraction du caillot normaux.
- Absence de parasites dans les selles.
- Endoscopie : sur 20 cm. la muqueuse n'est pas modifiée.

Il n'existe aucun signe de congestion hémorroïdaire.

— Examen aux Rayons X :

L'estomac et le duodénum ont un aspect normal.

Le lavement baryté remplit normalement le cadre colique à l'exception du segment inférieur de l'anse sigmoïde qui ne peut s'opacifier de façon homogène.

Un lavement de « collothor » montre que sur tous les clichés ce segment a perdu le dessin régulier de ses plis : la substance opaque s'y étale en flaqes épaisses et irrégulières.

EVOLUTION.

Aucun trouble digestif, aucune autre entérorragie jusqu'à ce jour.

OBSERVATION V

Mme Num..., 67 ans, vient consulter le 7 mai 1934 pour une entérorragie.

Cet accident est survenu 12 jours plus tôt, sans aucune cause apparente. Brusquement la malade a ressenti le besoin d'aller à la selle et, à sa grande frayeur, a rejeté une grosse quantité de sang rutilant. En 20 heures, l'émission s'est répétée 7 fois, annoncée par d'impérieuses envies. Les dernières émissions étaient mêlées de caillots noirâtres.

Il n'y a pas eu de melœna les jours suivants.

Au moment de l'examen, la malade est dans un état très satisfaisant. Cliniquement le seul fait à peine anormal, est une T.A. : 18-9 $\frac{1}{2}$.

AUCUN ANTÉCÉDENT NOTABLE

Le fonctionnement digestif a toujours été régulier.

EXAMENS DE COMPLÉMENT

- Signe du lacet négatif. Pas de modifications des temps de saignement et de coagulation. Rétraction du caillot normale.
- Pas de parasites dans les selles.
- Rectosigmoïdoscopie : L'instrument ne montre rien d'anormal sur 25 cm. Mais à ce niveau la muqueuse sigmoïdienne présente des vaisseaux dilatés et surtout est semée de petites taches ecchymotiques.

- Examen radiologique : Rien d'anormal du côté de l'estomac et du duodénum, mais le lavement opaque montre un sigmoïde spasmé, en accordéon. Il n'est pas allongé, mais la substance de contraste le remplit mal.

ÉVOLUTION

Aucun nouvel accident digestif jusqu'à ce jour.

OBSERVATION VI

M. Va..., 22 ans, en cours de pneumothorax pour bacilliose présente, le 26 janvier 1933, une très abondante entérorragie annoncée seulement par un besoin subit de défécation. Pendant deux heures, précédée chaque fois par du ténesme, une émission sanguine a lieu toutes les cinq minutes. Le malade évalue la quantité de sang ainsi rejetée à plus d'un litre. Il a présenté une syncope. Les jours suivants, l'état général se répare. Il n'y a pas de melœna apparent.

Le 15 février 1933, l'examen clinique du tube digestif est complètement négatif. T.A. : 12 $\frac{1}{2}$ -8.

ANTÉCÉDENTS

Depuis plusieurs années existent, par intermittences, des douleurs de la fosse iliaque gauche qui n'ont aucun horaire précis.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Rectosigmoïdoscopie : muqueuse normale sur 18 cm.
- Examen radiologique
 - Image gastro-duodénale normale.
 - Un lavement opaque montre, contrastant avec l'aspect normal des autres segments du cadre, une anse sigmoïde floue, mal opacifiée, chassant dès son remplissage la substance opaque.
- Pas de parasites dans les selles.
- Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

ÉVOLUTION

Le malade continue de souffrir, à longs intervalles, de sa fosse iliaque gauche.

Un deuxième examen radiologique des colons, pratiqué en 1934, a montré un colon et un S iliaque d'aspect normal.

B) DIVERTICULOSES

OBSERVATION VII

(R. BENSAUDE. — *Observation déjà publiée in BENSAUDE*
« *Maladies de l'intestin* », T. II)

M. L..., 75 ans. Syphilis régulièrement traitée.

Depuis plusieurs années, de temps à autre, douleurs dans le côté gauche du ventre. Le 1^{er} juillet, hémorragie intestinale très abondante. Pas de constipation, pas de diarrhée. Léger amaigrissement. Examen radioscopique négatif après repas opaque ; après lavement : temps d'arrêt au niveau de l'S iliaque qui se remplit ensuite. Examen rectoscopique : rien à signaler. On porte le diagnostic de cancer de l'S iliaque. Le 1^{er} août 1917, laparotomie exploratrice par le D^r PAUCHET : le colon descendant était farci de diverticules gros comme des pois, chacun d'eux étant occupé par un calcul fécal. L'un de ces calculs diverticulaires était gros comme un œuf de pigeon, avec réaction inflammatoire. Après incision de l'intestin, par crainte d'un cancer, on constate que les lésions sont purement inflammatoires. Muqueuse lisse et ecchymotique. Fermeture de l'intestin, ablation des calculs, guérison.

Depuis cette date les hémorragies ne se sont pas reproduites.

Le malade, malgré son âge, est en excellente santé (1932).

OBSERVATION VIII

(A. CAIN et J. FACQUET)

Mme R..., 78 ans, est admise dans le service en 1933 pour une constipation marquée datant de 10 jours. Elle s'accompagne d'un peu de gêne abdominale et d'une douleur légère de la fosse iliaque gauche avant les efforts de défécation.

Une purgation de sulfate de soude amène une débâcle diarrhéique suivie d'une douleur sourde et per-

manente dans la fosse iliaque gauche et d'une fébricule à 38° qui se maintient une huitaine de jours.

C'est alors que, subitement, la malade rejette en une seule émission un litre de sang rouge par l'anus. Les jours suivants les selles contiennent quelques caillots mais redeviennent régulières et d'apparence normale. La température redescend lentement à 37°, le sujet reste pâle et essoufflé.

T.A. : 12-7.

Sous la paroi épaisse, on provoque dans la fosse iliaque gauche une douleur assez vive, mais on ne perçoit pas le colon.

PAS D'ANTÉCÉDENTS NOTABLES

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Rectoscopie : rien de particulier.

— Examen radiologique :

Un premier lavement opaque injecte mal le sigmoïde dont il ne donne qu'une image imprécise et irrégulière.

Six jours plus tard, un deuxième lavement reconnaît l'existence sur le colon descendant et la première partie du sigmoïde de diverticules réguliers et arrondis.

— Pas de parasites dans les selles.

— Signe du lacet négatif. Temps de saignement : 1'.

Temps de coagulation : 30'.

ÉVOLUTION

Jusqu'à maintenant l'hémorragie ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION IX

M. Fer..., 68 ans, éprouvant le 2 septembre 1936 l'envie d'aller à la selle, rejette, sans coliques ni douleurs, une importante quantité de sang rouge. Quelques heures après, une deuxième hémorragie a lieu dans les mêmes conditions.

Ces accidents entraînent un état d'asthénie et d'anémie marqués mais qui se réparent rapidement. Il n'y a pas eu de méléna.

Le malade vient consulter dans le service le 1^{er} octobre. Son état général est excellent. L'examen clinique est absolument négatif.

T.A : 16-9.

AUCUN ANTÉCÉDENT d'ordre digestif.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Rectosigmoïdoscopie : muqueuse recto-sigmoïdienne normale.

— Examen radiologique :

Les clichés de l'estomac et du duodénum ne portent la trace d'aucune lésion.

Le lavement opaque montre un sigmoïde en accordéon gardant mal le contact de la substance opaque. Quelques diverticules y sont appendus. Mais, après rejet du lavement, un grand nombre apparaît, serrés les uns contre les autres et se projetant presque tous dans le plan du viscère.

— Pas de parasites dans les selles.

— Aucun stigmate sanguin d'hémophilo-hémogénie.

ÉVOLUTION

L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION X

M. Lou..., 61 ans, ressent le 22 mars 1934, vers 9 heures du matin, un impérieux besoin d'exonération suivi d'une entérorragie de sang rouge qui, en l'espace de 24 heures se renouvelle douze fois. Aux dires du malade, la quantité ainsi rejetée n'aurait pas été loin de deux litres.

L'état de fatigue et d'anémie est extrême. Cependant passées 24 heures, l'hémorragie ne se renouvelle pas et les selles qui suivent sont d'aspect normal. Il n'y a pas de méلœna.

Le malade est vu dans le service le 5 avril. Son état général est redevenu normal. L'examen clinique ne relève qu'une sensibilité accusée au palper profond de la fosse iliaque gauche parallèlement à la crête iliaque.

T.A. : 17-10.

ANTÉCÉDENTS

Aucun antécédent notable en dehors d'une constipation opiniâtre.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Rectosigmoïdoscopie : la muqueuse est normale sur 20 cm.

— Examen radiologique :

Image gastro-duodénale normale.

Le lavement opaque montre un S iliaque flou, mal rempli, présentant sur ses contours quelques diverticules.

— Pas de parasites dans les selles.

— Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

ÉVOLUTION

L'hémorragie ne s'est pas renouvelée.

OBSERVATION XI

M. Ber..., 55 ans, fait en septembre 1930 une poussée de furonculose généralisée à l'acmé de laquelle survient soudain, sans aucun risque annonciateur, une entérorragie considérable de sang pur. Elle ne se renouvelle pas et, les jours suivants, n'est pas accompagnée de méloëna apparent.

L'examen clinique n'apporte aucun renseignement.

T.A. : 14 $\frac{1}{2}$ -8.

ANTÉCÉDENTS.

Sujet nerveux, irritable. Abus du tabac et de certains alcools, type « cocktail ».

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.
- Absence de parasites dans les selles.
- Rectosigmoïdoscopie : aspect normal de la muqueuse.
- Examen aux rayons X :
 - Image gastro-duodénale normale.
 - Un lavement opaque dessine une anse sigmoïdienne très spasmée, en accordéon, avec quelques diverticules.

ÉVOLUTION

L'hémorragie ne s'est jamais reproduite et n'a été suivie à distance d'aucun trouble digestif.

OBSERVATION XII

Mme Tsap..., 63 ans, est envoyée par un confrère en vue d'élucider l'origine de deux entérorragies.

Le 20 avril 1933, subitement, sans rien qui ait pu la faire prévoir, est survenue la première. Pendant trois quarts d'heure, précédées de besoins avec ténésme, se sont succédées des émissions de sang rouge et de caillots. Puis tout s'est arrêté et il n'y a pas eu melœna les jours suivants.

Le 7 décembre 1933, aussi inopinément, la malade, éprouvant brusquement l'envie d'aller à la garde-robe, rejette une grosse quantité de sang pur. Ces émissions se renouvellent par trois fois le lendemain. L'état

d'anémie et de faiblesse est impressionnant, une syncope survient au moment de la dernière émission.

Cependant, il n'y a pas de melœna consécutif et la malade se rétablit complètement en une huitaine de jours.

Le 8 janvier 1934, l'examen clinique montre une paroi abdominale déficiente et une sensibilité diffuse du cadre colique. Le rein droit est ptosé.

T.A. : 14 $\frac{1}{2}$ -8.

ANTÉCÉDENTS

Constipation habituelle.

Hystérectomie à l'âge de 32 ans.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

— Pas de parasites dans les selles.

— Rectosigmoïdoscopie : muqueuse normale sur 18 cm.

— Examen radiologique :

Aucun symptôme pathologique gastrique ou duodénal.

Le lavement opaque dessine bien l'ensemble du cadre colique à l'exception de la région sigmoïdienne qui est floue, déchiquetée. Sur les bords paraissent se dessiner quelques diverticules.

Après évacuation du lavement, ces diverticules se confirment sous l'aspect de taches arrondies à centre clair occupant les contours du sigmoïde.

ÉVOLUTION

Jusqu'à maintenant, la malade a retrouvé un état digestif satisfaisant. L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION XIII

Mme Gar..., 72 ans, a présenté en mai 1932 une hémorragie considérable de sang rouge survenue sans phénomènes annonciateurs, qui n'a pas été suivie de mélena et qui ne s'est pas renouvelée.

Le 2 juin 1934, la malade vient consulter, à la suite d'une phase de constipation rebelle, pour un état douloureux de la fosse iliaque gauche survenu il y a trois jours. Les douleurs surviennent par crises espacées, sous forme de coliques et se terminent par une envie d'aller à la selle. Les matières rendues sont dures, de petit calibre, mais ne contiennent ni glaires, ni sang. Il n'existe ni ténésme, ni faux-besoins, ni épreintes.

Ces symptômes s'accompagnent d'une fébricule oscillant entre 37°5, 38°5.

A l'examen clinique, le palper de la fosse iliaque gauche fait sentir, sous une paroi non contractée, une induration profonde douloureuse. Le toucher rectal combiné permet de l'identifier à l'anse sigmoïde, dure, sensible, difficilement mobilisable.

T.A. : 14 $\frac{1}{2}$ -9.

Les jours suivants les douleurs s'atténuent, la fièvre baisse progressivement, la tuméfaction s'assouplit et perd sa sensibilité pathologique.

ANTÉCÉDENTS

Passé ancien de lithiase biliaire caractérisé par des crises de cholécystite et par la présence de calculs sur les clichés de l'hypocondre droit.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Signe du lacet négatif. Pas de modifications des temps de saignement et de coagulation. Rétraction normale du caillot.
- Recherche des parasites dans les selles négative.
- Rectosigmoïdoscopie : Aspect normal de la muqueuse sur 20 cm.
- Examen radiologique :

Pas de modifications de l'image gastro-duodénale.

Par contre, le lavement opaque montre sur le trajet de l'anse sigmoïde, qui est floue, gardant mal le contact de la baryte, la présence de plusieurs diverticules. Mais il n'y a aucune anomalie pouvant faire présumer une greffe néoplasique.

ÉVOLUTION

Depuis ces deux accidents, l'état de la malade est resté satisfaisant jusqu'à maintenant. Elle n'a pas saigné de nouveau ni présenté de nouvelles crises douloureuses.

C) DOLICHOCOLONS

OBSERVATION XIV

Mlle Sa..., 28 ans, a présenté en 1930 une cortico-pleurite avec présence de B.K. dans l'expectoration. Dès que son état le lui a permis, elle est allée faire une cure sanatoriale.

Pendant son séjour au sanatorium, alors que son état général était redevenu satisfaisant et que les crachats ne contenaient plus de B.K., surviennent pendant quelques jours des alternatives de diarrhée et de constipation. Et soudain, annoncée par des douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche, a lieu l'émission par l'anus d'une quantité considérable de sang rutilant. Elle entraîne une syncope. Le lendemain, douleurs et hémorragies se renouvellent, suivies encore par une syncope.

Les jours suivants, l'état général s'est réparé et la malade n'a pas présenté de melœna. Mais pendant un mois, la température s'est maintenue aux environs de 38° et les selles ont été diarrhéiques. Des poussées douloureuses, d'intensité moyenne, se sont aussi renouvelées dans la fosse iliaque gauche.

La malade est vue dans le service le 18 mai 1932. Son état général est bon. Tout signe clinique de bacillose pleuro-pulmonaire a disparu. On trouve, en tout et pour tout, un colon gauche spasmé, roulant sous le doigt, mais indolore.

T.A., : 12-8.

ANTÉCÉDENTS

Avant l'hémorragie, Mlle S... n'a jamais présenté de troubles digestifs.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Absence de B.K. dans les crachats. — Pas de parasites dans les selles.

— Aucun stigmatisme biologique d'hémophilo-hémogénie.

— Rectosigmoïdoscopie : muqueuse normale sur 20 cm.

— Examen radiologique :

Cliché pulmonaire normal.

Absence de lésions gastro-duodénales.

Le lavement opaque découvre un dolichosigmoïde formant, dans la cavité pelvienne, plusieurs boucles qui ne se laissent pas dérouler si l'on augmente la pression du lavement.

ÉVOLUTION

Jusqu'à maintenant, l'hémorragie ne s'est pas reproduite, mais la malade ressent quelquefois des douleurs obtuses dans sa fosse iliaque gauche.

OBSERVATION XV

Mlle Zi..., 30 ans, présente en septembre 1933 une crise de constipation opiniâtre. Le 25, elle prend un lavement sous basse pression qui amène le rejet de ma-

tières dures, mais est également suivi d'une douleur aiguë et passagère de la fosse iliaque gauche. Deux heures plus tard, survient brutalement une entérorragie faite d'un flot rutilant mêlé de caillots. Dans l'heure qui suit, l'émission se répète. L'état général est dramatique : les lipothymies se succèdent et une poussée d'urticaire géante se déclenche soudain. Cependant, en quelques jours, et sans qu'à aucun moment il y ait eu de melœna, la guérison est obtenue.

Le 2 novembre, date de l'entrée dans le service, l'examen clinique montre fort peu de chose : l'état général est très satisfaisant, le palper de l'abdomen est négatif, mais en s'aidant du toucher rectal, on sent dans la partie gauche du Douglas une corde sigmoïdienne dure et douloureuse.

T.A. : 13 $\frac{1}{2}$ -9 $\frac{1}{2}$.

ANTÉCÉDENTS

Constipation opiniâtre depuis le jeune âge.

Depuis deux ans, digestions difficiles et fréquentes nausées.

Le fait remarquable est qu'en 1929, au cours d'une angine streptococcique grave, une entérorragie abondante de sang rutilant mêlé de caillots a déjà eu lieu. Elle n'a pas été non plus suivie de melœna et l'examen clinique général, l'examen radiologique de l'estomac et du duodénum, ont été négatifs.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.
- Pas de parasites dans les selles.

— Rectosigmoïdoscopie : L'anse sigmoïde est fermée par un spasme qu'il est impossible de vaincre, la progression du tube entraînant de vives douleurs. La faible portion visible de l'S iliaque présente une muqueuse hyperémiée. Aspect normal de la muqueuse rectale.

— Examen radiologique :

De nouveaux clichés confirment ceux pris en 1929 : l'image gastro-duodénale est normale.

Le lavement opaque révèle un dolichosigmoïde décrivant plusieurs boucles intrapelviennes qu'il est impossible de dérouler.

ÉVOLUTION

Depuis 1933 aucune autre hémorragie.

OBSERVATION XVI

M. de la G., 37 ans, bien portant jusqu'en 1927, fait alors une fièvre typhoïde à la suite de laquelle s'installe une constipation opiniâtre compliquée par moments de douleurs sous-costales droites.

On a pensé à une cholécystite mais l'examen radiologique de la vésicule n'a rien révélé d'anormal. L'estomac et le duodénum se sont aussi montrés normaux. Par contre, un lavement baryté a permis le diagnostic de dolichosigmoïde.

Le 1^{er} juillet 1933, survient, sans cause appréciable, un état de malaise général avec température à 38° et endolorissement diffus de l'abdomen. Dans la soirée, le

malade rejette par l'anus une grosse quantité de sang pur (un litre et demi au moins).

L'examen de l'abdomen montre un cœcum distendu et sensible, un sigmoïde douloureux et roulant sous la main.

L'hémorragie ne se renouvelle pas et n'est pas suivie de melœna apparent.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Signe du lacet négatif, temps de saignement et de coagulation normaux, ainsi que la rétraction du caillot.

— Absence de parasites dans les selles.

— La rectoscopie montre une muqueuse normale.

L'examen aux rayons X a confirmé l'état normal de l'estomac et du duodénum et retrouvé le dolichosigmoïde.

ÉVOLUTION

Revu à plusieurs reprises, le malade n'a pas refait, jusqu'à ce jour, d'entérorragie.

OBSERVATION XVII

M. Rou..., 21 ans, est pris dans la nuit du 11 au 12 mars 1931, après un dîner normal, d'une sensation de plénitude abdominale croissante qui aboutit à une entérorragie rutilante. Dans la nuit 6 évacuations successives ont lieu entraînant un état lipothymique.

Au matin, l'examen clinique est absolument nég-

tif. Les jours suivants, il n'y a pas de melœna. En une semaine le sujet est sur pied.

T.A. : 12-7.

ANTÉCÉDENTS

Aucun antécédent notable. Le fonctionnement intestinal a toujours été parfaitement régulier.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Rectosigmoïdoscopie 48 heures après l'hémorragie :
muqueuse recto-sigmoïdienne normale.
- Examen radiologique :
Image gastro-duodénale normale.
Le lavement opaque montre un dolichosigmoïde modéré.
- Pas de parasites dans les selles.
- Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

ÉVOLUTION

Aucun trouble digestif consécutif ; aucune autre entérorragie.

OBSERVATION XVIII

Mme God..., 32 ans, aurait présenté, le 23 avril 1932, une petite hémoptysie (?).

Elle entre dans le service 2 jours après. L'accident ne s'est pas reproduit. Il n'existe aucun signe général. La malade ne tousse ni ne crache et l'examen clinique de son thorax reste négatif.

Trois jours plus tard, sans aucun signe prémonitoire, éprouvant l'envie d'aller à la selle, la malade rejette 500 grammes environ de sang rutilant. Cette hémorragie ne se renouvelle pas et la surveillance des selles ne montre pas de melœna macroscopique.

T.A. : 13 $\frac{1}{2}$ -8.

AUCUN ANTÉCÉDENT NOTABLE

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Signe du lacet négatif. Le temps de saignement et de coagulation, la rétraction du caillot sont normaux.
- Absence de parasites dans les selles.
- Rectosigmoïdoscopie : muqueuse normale sur 18 cm.
- Examen à l'écran : Image gastro-duodénale normale.
Intégrité de l'appareil pleuro-pulmonaire.
Un lavement opaque révèle l'existence d'un dolichosigmoïde modéré.

ÉVOLUTION

Depuis cet accident, la malade a récupéré un fonctionnement digestif normal et n'a jamais présenté de nouvelle hémorragie.

OBSERVATION XIX

Mme Ma..., 56 ans, présente le 5 mars 1935, sans aucun signe suspect préalable, une abondante entérorragie de sang rouge mêlé de caillots. Pendant la même journée l'émission sanglante se répète vingt-cinq fois annoncée toujours par un besoin d'exonération. Il n'y a pas de coliques.

La fatigue et l'anémie sont extrêmes. Le médecin prescrit à la fois des stimulants et des opiacés. Sous l'influence de ces derniers, la malade reste cinq jours sans aller à la selle. Le cinquième jour, une selle est évacuée, liquide et claire. Il n'y a pas eu de méloëna.

Huit jours plus tard, la malade est amenée dans le service. L'examen clinique est totalement négatif. Ni le toucher vaginal, ni le toucher rectal n'apportent de renseignements.

T.A. : 14-9.

ANTÉCÉDENTS

Constipation datant de l'enfance et traitée par toute la gamme des laxatifs.

Tendance aux ecchymoses spontanées.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Signe du lacet positif. Temps de saignement : 1'.
Temps de coagulation : 12'. Rétraction du caillot normale. Formule sanguine normale.
- Absence de parasites dans les selles.
- Rectosigmoidoscopie : muqueuse normale sur 18 cm.

— Examen radiologique : Image gastro-duodénale normale.

Le lavement opaque montre un allongement de l'S iliaque et surtout du colon gauche qui dessine de multiples boucles. Le reste du cadre est normal. Malgré cet allongement, le colon s'évacue presque totalement en une fois.

ÉVOLUTION

Jusqu'à maintenant, l'hémorragie ne s'est pas renouvelée et sous l'influence des mucilages et de l'huile de paraffine le fonctionnement intestinal s'est régularisé.

Le signe du lacet a disparu trois mois après l'accident.

OBSERVATION XX

M. An..., 20 ans.

Malade en traitement depuis octobre 1934 dans un sanatorium pour une lésion du sommet droit. Excellent état général, 14 examens de crachats négatifs.

Le 10 novembre 1934, sans cause appréciable ni prodromes, survient une entérorragie massive de sang rutilant. Dans les 24 heures, sans douleurs ni coliques, annoncées par un besoin impérieux, quatorze émissions se succèdent. Vers la fin de la journée, la faiblesse et l'anémie deviennent inquiétantes.

Le lendemain, le malade a une selle un peu teintée de sang mais par la suite il n'y a pas de melœna. Pendant quelques jours existe, au-dessus de l'arcade crurale gauche, une douleur profonde et la température reste aux environs de 37°8.

Cependant l'anémie et la fatigue disparaissent en une dizaine de jours.

ANTÉCÉDENTS

Aucun trouble digestif antérieur.

EXAMEN

Le 26 janvier 1935, l'examen clinique du tube digestif est absolument négatif.

— Rectosigmoïdoscopie : muqueuse normale sur 20 cm.

— Examen radiologique : L'image gastro-duodénale ne présente aucun aspect pathologique.

Un lavement opaque dessine un petit dolichosigmoïde gardant mal le contact. Le reste du cadre colique est normal et bien opacifié. En particulier les régions du cœcum et de l'aboutissement iléal sont nettement dessinées.

— Pas de parasites dans les selles.

— Aucun stigmate d'hémogénie ou d'hémophilie.

ÉVOLUTION

Le malade a récupéré des fonctions digestives normales. L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION XXI

Mlle Fié..., 21 ans, à la suite d'un excès alimentaire (ingestion immodérée de poires) présente une crise de

diarrhée qui dure trois jours et ne s'accompagne pas de température.

Quinze jours plus tard, le 30 janvier 1935, alors que l'état général était redevenu excellent, survient soudain, sans signe avertisseur, une entérorragie de sang rouge. Elle se répète 7 fois en 24 heures entraînant un état presque syncopal.

Cependant, l'examen clinique est absolument négatif.

Les 2 jours suivants, la malade reste sans aller à la selle. Le troisième jour, on fait prendre de petites doses d'huile de ricin qui ramènent une selle moulée, d'aspect normal, ni sanglante, ni méloénique.

Huit jours plus tard, la malade est complètement rétablie.

T.A. : 12-7.

ANTÉCÉDENTS

En février 1934, pleurésie séro-fibrineuse droite à début aigu, qui a guéri complètement, sans aucune séquelle, en trois mois.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Pas de parasites dans les selles.
- Pas de stigmates biologiques d'hémogéno-hémophilie.
- Rectosigmoïdoscopie : muqueuse normale.
- Examen radiologique :
 - Radiographie pulmonaire normale.
 - Image gastro-duodénale normale.
 - Le lavement opaque révèle un dolichosigmoïde de large calibre, sans que l'on puisse parler

de mégacolon. Le reste du cadre se remplit normalement. Il n'y a aucune image pathologique dans la région cœcale.

ÉVOLUTION

Depuis cet examen, Mlle F... n'a eu, jusqu'à maintenant, aucun autre accident digestif.

OBSERVATION XXII

Mme Mey..., 50 ans, sans aucun prodrome ni cause appréciable, présente le 2 septembre 1935 une entérorragie de sang rouge qui se renouvelle à cinq reprises en 12 heures. Le total du sang rejeté aurait dépassé un litre.

La faiblesse de la malade était marquée, ainsi que sa pâleur. Cependant une dizaine de jours plus tard, l'état de santé antérieur était récupéré. A aucun moment il n'y aurait eu de melœna.

Mme Mey... est vue le 6 novembre 1935. La paroi abdominale est déficiente, le rein droit ptosé. Le toucher vaginal et le toucher rectal sont négatifs.

T.A. : 19-11.

ANTÉCÉDENTS

La malade est une constipée chronique et présente des crises douloureuses hémorroïdaires.

Il y a 13 ans, intervention pour cystocèle qui a laissé une fistule vésico-vaginale.

Depuis plusieurs années, hypertension permanente

aux environs de 20-11 sur laquelle se greffent des poussées paroxystiques au moment desquelles la maxima atteint 27. Quelques crises d'amaurose et de parésies passagères.

En février 1935, hystérectomie pour fibrome hémorragique.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Aucun signe biologique d'hémogénie, urée sanguine : 0,48.
- Pas de parasites dans les selles.
- Rectosigmoïdoscopie : poussée jusqu'à 18 cm., elle montre une muqueuse normale.
- Examen radiologique : Rien à signaler du côté de l'estomac et du duodénum.

Le lavement opaque montre un léger dolichosigmoïde avec aspect en accordéon de ce segment. En outre, sur tout le colon gauche, existe un semis de diverticules.

ÉVOLUTION

L'hémorragie ne s'est pas reproduite et n'a laissé aucun trouble digestif.

OBSERVATION XXIII

M. Ne..., 54 ans, sans aucun prodrome d'ordre local ou général, mais après une période de constipation de cinq semaines, est pris le 18 mars 1921, au moment de se mettre au lit, d'une syncope brusque. Dans l'heure

qui suit le malade rejette par l'anus une quantité considérable de sang pur.

Le lendemain, l'examen clinique est absolument négatif. Pas de melœna les jours suivants et le rétablissement est rapide.

T.A. : 18-6 $\frac{1}{2}$.

AUCUN ANTÉCÉDENT NOTABLE

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Pas de parasites dans les selles.
- Rectosigmoïdoscopie : rien d'anormal sur 23 cm.
- Examen radiologique :
 - Pas de lésion gastro-duodénale visible.
 - Le lavement opaque révèle un petit dolichosigmoïde.
- Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

ÉVOLUTION

Aucune autre hémorragie, aucun trouble digestif.

OBSERVATION XXIV

M. Be..., 48 ans, présente, le 18 juillet 1932, après une exposition accidentelle au froid, des coliques abdominales diffuses, un impérieux besoin de défécation et expulse une abondante quantité d'un sang rutilant.

Les mêmes accidents se renouvellent une demi-heure plus tard. Le lendemain, troisième hémorragie.

Examiné le 21 juillet, le malade apparaît pâle et fatigué. Toute émission de sang a cessé, il n'y a pas eu de melœna mais la selle quotidienne a été mal formée. L'examen clinique de l'abdomen, le toucher rectal sont négatifs.

T.A. : 19-10.

En 1916, alors qu'il était sur le Front, le malade aurait présenté une « entérite dysentérique ».

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Endoscopie : sur 25 cm. la muqueuse est d'aspect normal.

— Examen radiologique :

Aucune modification de l'image gastro-duodénale.

Par contre, le lavement opaque montre un important dolichosigmoïde formant une boucle complète dans la fosse iliaque gauche.

— Pas de parasites dans les selles.

— Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

ÉVOLUTION

Aucune autre hémorragie ou trouble digestif jusqu'à ce jour.

OBSERVATION XXV

Mme Ro..., 37 ans, présente brutalement, le 10 octobre 1925, sans aucun signe avant-coureur, une entérorragie considérable faite d'un sang rouge, mêlée de caillots (plus d'un litre³). Elle entraîne une syncope.

L'examen clinique montre un état d'anémie et de fatigue assez impressionnant. Par contre, on ne relève aucun symptôme digestif. Le ventre est d'ailleurs difficilement explorable en raison d'un certain degré d'obésité.

T.A. : 8-5.

L'hémorragie ne se renouvelle pas. Le rétablissement est rapide. La surveillance des selles ne montre pas de melœna.

ANTÉCÉDENTS

Constipation habituelle combattue par des laxatifs variés.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Endoscopie : légère congestion du canal anal.

— Examen radiologique :

L'estomac et le duodénum ont un aspect normal.

Le lavement opaque montre du dolichosigmoïde modéré dont la branche inférieure est spasmée.

— Pas de parasites dans les selles.

— Aucun stigmate d'hémophilo-hémogénie.

ÉVOLUTION

L'hémorragie ne s'est pas reproduite. On a noté seulement des poussées congestives ano-rectales et le développement d'hémorroïdes internes non saignantes.

OBSERVATION XXVI

(Malade de M. le Docteur DE GENNES)

Mme Del..., 45 ans, fait en décembre 1931 une sinusite, puis un érysipèle qui envahit successivement la face, le cou, le dos. La température, d'abord entre 39° et 40°, cède lentement en un mois.

Le 12 janvier 1932, coïncidant avec le début des règles et la poussée congestive qui les accompagne chez la malade, survient brusquement, en pleine nuit, une hémorragie intestinale considérable : elle dépasse 2 litres. Le pouls est filant, la T.A. effondrée (5-3), les lipothymies se succèdent. L'hémorragie s'arrête enfin à la faveur, semble-t-il, d'une syncope. Pour parer aux accidents de l'anémie aiguë qui est inquiétante, une transfusion de 500 grammes de sang est aussitôt pratiquée.

Les jours suivants toute émission de sang rouge a cessé, mais quelques caillots noirâtres sont rejetés. L'examen clinique attire l'attention sur le colon gauche : la paroi de la fosse iliaque gauche se défend un peu, sous elle on perçoit une corde colique sensible. Le toucher rectal fait sentir dans le Douglas un sigmoïde spasmé et douloureux.

AUCUN ANTÉCÉDENT

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Rectosigmoïdoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examen radiologique : Absence de lésion gastro-duodénale.

Le lavement opaque montre un petit dolichosigmoïde.

- Pas de parasites dans les selles.
- Signe du lacet négatif. Les temps de saignement et de coagulation ne sont pas modifiés. Rétraction normale du caillot.

ÉVOLUTION

Il n'y a pas eu, jusqu'à maintenant, de nouvelle hémorragie. L'état digestif est satisfaisant.

OBSERVATION XXVII

M. Schu..., 23 ans, est pris le 22 mai 1930, sans cause appréciable, de coliques abdominales diffuses. Presque immédiatement survient une entérorragie rutilante que le malade évalue à plus d'un litre et qui entraîne un malaise général intense avec syncope.

Le malade est vu dans le service le lendemain. L'hémorragie ne s'est pas renouvelée. En dehors d'un état de fatigue et d'anémie, on ne trouve aucun signe permettant d'orienter le diagnostic.

T.A. : 11-8.

Les jours suivants, il n'y a pas de melœna et la récupération se fait en une semaine environ.

ANTÉCÉDENTS

Alternatives de constipation et de diarrhée. Le cadre colique, sa partie gauche surtout, a toujours été sensible.

Ces troubles s'étaient améliorés sous l'influence d'un régime et de la thérapeutique bismuthée. Le malade était en bonne santé quand l'hémorragie est survenue.

Six mois plus tôt, poussée d'hémorroïdes guérie par une série d'injections sclérosantes.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Rectosigmoïdoscopie : muqueuse normale sur 18 cm.

— Examen radiologique :

Rien à signaler du côté de l'estomac et du duodénum.

Par contre, le lavement opaque montre un dolichosigmoïde de gros calibre. Le remplissage, les contours en sont normaux.

— Pas de parasites dans les selles.

— Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

ÉVOLUTION

Le malade continue d'avoir un fonctionnement intestinal assez régulier, mais l'hémorragie ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION XXVIII

Mme Deb..., 43 ans, ressent le 23 août 1929 des coliques abdominales diffuses et rejette aussitôt par l'anus une quantité considérable de sang rouge mêlé de gros caillots. Elle est sur le point de se trouver mal.

Cependant l'hémorragie ne se renouvelle pas. Les jours suivants, il n'y a pas de méléna. En une dizaine de jours la malade est rétablie.

T.A. : 14-9.

L'examen clinique n'apporte aucun argument qui puisse permettre de situer le point de départ de l'entérorragie.

ANTÉCÉDENTS

Fièvre typhoïde en 1916.

Constipation ancienne entrecoupée de crises de diarrhée.

Abus des laxatifs et des lavements.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Rectosigmoïdoscopie : muqueuse ano-rectale et sigmoïdienne normale.

— Examen radiologique : Estomac et duodénum d'aspect normal.

Le lavement baryté montre un allongement considérable du colon transverse.

— Pas de parasites dans les selles.

— Signe du lacet négatif. Temps de saignement et de

coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

ÉVOLUTION

La malade reste une constipée chronique, mais l'hémorragie ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION XXIX

M. Da..., 37 ans, a été pris le 12 juillet 1930, trois mois avant l'examen, sans aucun signe avertisseur, d'une très abondante entérorragie de sang rouge qui s'est répétée 48 heures plus tard sans qu'il y ait eu de melœna intercalaire. Devant la faiblesse du malade, une transfusion de 500 gr. a été pratiquée.

Les jours suivants le malade n'a pas remarqué de melœna.

Peu de temps après, un examen radiologique de l'estomac et du duodénum ne révèle rien d'anormal.

Le 7 octobre 1930, l'examen **clinique est absolu-**
ment négatif. T.A. : 14-9.

ANTÉCÉDENTS.

Deux ans avant l'hémorragie, le malade a subi, sous anesthésie générale, une intervention pour des hémorroïdes douloureuses et saignantes. Il n'en a plus été incommodé depuis.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

Pas de signe du lacet. Temps de saignement et de coagulation normaux. Rétraction normale du caillot.

Absence de parasites dans les selles.

Rectosigmoïdoscopie : Le tube pénètre, sans trouver de lésions, jusqu'à 18 cm.

Lavement opaque : L'ampoule rectale est normale, par contre, il existe un mégadolichosigmoïde assez volumineux.

EVOLUTION.

Jusqu'à ce jour, le malade n'a gardé aucune trace de son hémorragie et celle-ci ne s'est pas reproduite.

VU : *Le Doyen,*

VU : *Le Président de la Thèse,*

G. ROUSSY.

M. LABBÉ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI, Mme BERTRAND-FONTAINE, A. LICHWITZ et FOUQUET. — De l'origine splénique du purpura des hépatiques. *Le Sang*, 1932, n° 5.
- ABRAMI. — Les grands syndromes des cirrhoses hépatiques. *Revue des Maladies du foie*, n° 2, 1932.
- ANGLADE et ROSENRAUCH. — Hémorragie par amibiase latente. *Progrès Médical*, 10 novembre 1934.
- AUBIJOUX. — Les hémorragies gastro-duodénales dans la lithiase biliaire. *Thèse Paris*, 1923.
- AUGIER. — La polypose recto-colique. *Thèse Paris*, 1932.
- BALFOUR. — *Journ. Am. Medic. Assoc.*, 1927, p. 1.657.
- BASSLER. — Hématémèses et melœna dans l'appendicite chronique. *Journ. Am. Medic. Assoc.*, 7 juillet 1921.
- BENSAUDE (R.). — *Traité d'endoscopie*. Paris, 1927, Messon, édit., 2° édit.
- BENSAUDE (R.) et BENSAUDE (A.). — Sur une forme particulière d'angiome caverneux du rectum. L'angiome cutanéomuqueux ou génito-périnéo-scrotal. *Presse Médicale*, 19 novembre 1932.
- BENSAUDE (R.), HILLEMAND et AUGIER. — Le polype solitaire recto-sigmoïdien. *Annales de Médecine*, 1933, p. 5.
- BENSAUDE (R.) et MASSOT. — Les recto-colites non dysentériques. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 avril 1931.
- BENSAUDE (R.), CAIN (André) et MASSOT. — Les lésions de la

recto-colite ulcéreuse. *Arch. Maladies de l'app. digestif*, février 1932.

BENSAUDE (R.), D'ALLAINES (G.) et MARTIN. — Tumeur vil-
leuse dégénérée du colon transverse. *Arch. Maladies de l'app.*
digestif, février 1937.

BENSAUDE (R.). — Maladies de l'intestin, t. II. Paris, Masson,
édit., 1935.

BENSAUDE (R.), HILLEMAND et GENESTOUX. — Angiomes ca-
verneux, circonscrits multiples de l'intestin grêle et du colon
terminal. *Société de Gastro-Entérologie*, 12 novembre 1934.

BONAFÉ et ROUGY. — Valeur séméiologique et pronostique des
hémorragies intestinales chez les tuberculeux pulmonaires
chroniques. *Presse médicale*, 4 juin 1927.

BONAFÉ. — La tuberculose intestinale des tuberculeux pulmo-
naires. *Paris, S. E. P.*, 1936.

BOUCHUT et FROMENT. — Quelques formes douloureuses aty-
piques de l'ulcère gastro-duodéal. *Arch. Maladies de l'app.*
digestif, 1932, p. 353.

BROWN (L.) et SAMPSON (H.-L.). — Intestinal tuberculosis.
Lea et Febiger, Philadelphie et New-York, 1926.

CAIN (A.). — Diagnostic des entérorragies solitaires. *La méde-*
cine, juillet 1929.

CAIN (A.) et OURY. — Hémorroïdes et angiomatose hémorra-
gique. *Presse médicale*, 20 mai 1933.

CAIN (A.) et FACQUET (J.). — Deux cas d'entérorragie sig-
moïdienne. *Arch. Maladies de l'app. digestif*, novembre 1933.

CARNOT et DE LÉOBARDY. — Hématémèses à répétition au cours
d'une pyléphlébite oblitérante chronique à poussées succes-
sives. *Paris Médical*, 3 avril 1920.

CAROLI. — La pathologie de la rate en 1932. *Paris Médical*, 20
mai 1933.

CAROLI. — Les hémorragies par splénomégalies modérées. *Paris*
Médical, 20 septembre 1930.

CHABROL. — Hématémèses d'origine splénique. Problèmes ac-
tuels de patho. médicale. 3^e série. *Paris, Masson, édit.*

- CHIRAY-LOMON et WAHL (R.). — Le dolichocolon. *Paris, Masson, édit., 1931.*
- CHIRAY et AMY. — De quelques hémorragies gastro-duodénales mal connues... *Presse Médicale, 9 juillet 1930.*
- CHIRAY, LARDENNOIS, BAUMANN (J.). — Les colites chroniques. *Paris, Masson, édit. 1934.*
- CODVELLE et SALY. — Séméiologie et causes des hémorragies intestinales. *Arch. de Médecine et Pharmacie militaires, juillet 1930.*
- Congrès des Colites, septembre 1935.*
- CORYN. — Hémorragie grave due à une cholécystite. *Le Scalpel, 11 avril 1925.*
- CROHN (B.-B.). — Les colites ulcéreuses hémorragiques non spécifiques. *Arch. des Maladies de l'app. digestif, avril 1928.*
- CUSHING. — Peptic ulcer and the interbrain. *Surgery gyn. and obst., juillet 1932.*
- DALLE. — Hématémèses et fausses hématémèses tabétiques. *Thèse, Paris, 1913.*
- DALSACE. — Hématémèse et méloena au cours de l'appendicite chronique. *Soc. de Médecine de Paris, 14 janvier 1927.*
- DEMOLE. — De l'origine des hématémèses. *Thèse de Paris, 1931.*
- EWALD. — Hémorragies des varices haut situées de la partie inférieure du gros intestin. *Berlin Klin. Woch., 9 févr. 1911.*
- FÉRAL. — Les hématémèses à répétition dans les pyléthromboses chroniques. *Thèse Paris, 1919-1920.*
- FOUQUET. — Les hémorragies des hépatiques. *Thèse de Paris, 1933.*
- FRUMUSAN. — La cirrhose hypertrophique anictérique splénogène. *Thèse Paris, 1926.*
- GATELLIER et MERLE D'AUBIGNÉ. — A propos du traitement du mégacolon par les opérations sympathiques. *Arch. des Maladies de l'app. digestif, juill. 1935.*
- GUTMANN (R.-A.). — Les syndromes douloureux de la région épigastrique. *Paris, Doin édit., 2^e édit., 1934.*

- GUTMANN (R.-A.). — Les gastrites et les duodénites chroniques hémorragiques. *Bulletin médical*, 22, 25 mai 1929.
- HILLEMANT. — Les recto-colites graves de cause indéterminée. *Revue médic. française*, octobre 1934.
- JUSTIN BESANÇON, DELARUE, BARDIN. — Considérations anatomo-pathologiques sur les infarctus du poumon. *Presse médicale*, 14 novembre 1936.
- KUMMER. — Gastrorragies et entérorragies cryptogènes. *Arch. des maladies de l'app. digestif*, oct. 1924.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Thèse Paris*, 1903.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique. *Paris*, 1924.
- LAPLANE. — Les hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1936.
- LEDOUX et TISSERAND. — Hémorragies intestinales profuses survenues après laminectomie. *Société nationale de chirurgie*, 27 juin 1932.
- DE LEOBARDY. — *Thèse de Paris*, 1925.
- LERICHE. — Sympathectomie pour mégacolon avec dolichocolon. *Société chir. de Lyon*, 21 mars 1935.
- LOEPER, LEMAIRE et MERKLEN. — A propos des hématomés ; hématomés d'origine hémocrasique et d'origine angiotrophique. *Société Médic. des Hôpitaux de Paris*, 12 fév. 1932.
- LOEPER et DE SEZE (S.). — Hémorragies digestives au cours de la lithiase biliaire. *Science médicale pratique*, 1^{er} février 1930.
- MAINGOT, SARASIN, DUCLOS. — Exploration radiologique des colons et de l'appendice au moyen des solutions floculantes. *Paris, Masson, édit.*, 1935.
- MAISON. — *Thèse de Paris*, 1934.
- MANGON. — L'hématidrose. *Thèse de Bordeaux*, 1886.
- MASTER et BUNTS. — Neurogénérosions and perforations of the stomach and œsophagus in cerebral lesions. *Arch. Int. Medic.*, 54, 1934, p. 916.

- MAUVAIS. — Hémorragies gastro-duodénales au cours de la lithiase biliaire. *Thèse de Paris*, 1929.
- MERCKLEN (F.) et ISRAEL. — Les hémorragies digestives des cirrhoses latentes ou méconnues. *Gazette des Hôpitaux*, 7 octobre 1931.
- MOCQUOT. — Les hémorragies des polypes du rectum. *Revue de chirurgie*, 1913, p. 474.
- NOBÉCOURT, LIÉGEAT (R.) et GRODNITSKY. — Hémorragies intestinales et dyscrasie sanguine. *Société de pédiatrie*, 1^{er} juillet 1933.
- PENEZ. — Hémorragies digestives au cours des splénomégalias de volume modéré avec périviscérite associée. *Thèse de Paris*, 1933.
- RACHET. — Formes hémorragiques de l'amibiase latente.
- RACHET. — Les hémorragies d'origine ano-rectale. Diagnostic et traitement. *Revue de médecine*, janvier 1932.
- RACHET. — A propos de quelques hémorragies d'origine ano-rectale. *Revue médicale française*, octobre 1934.
- RACHET. — Les recto-colites ulcéreuses et hémorragiques. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 mars 1935.
- RACHET, BUSSON, ARNOUX. — Précisions nosographiques et évolutives sur les recto-colites ulcéro-hémorragiques. *Le Progrès médical*, 6 février 1937.
- RAMOND (F.). — Hémorragies digestives solitaires sans ulcus. *Société de gastro-entérologie*, 7 juillet 1930.
- REILLY, RIVALIER, LAUNAY, STEFANESCO. — *Annales de Médecine*, avril 1933.
- REILLY, RIVALIER, COMPAGNON, LAPLANE et DU BUIT. — *Annales de Médecine*, n^{os} 2, 3, 4, 1935.
- ROSKAM. — Pathogénie des purpuras. 3^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française. *Bruxelles*, 1926.
- ROUX (J.-C.). — Le colon chez les malades atteints d'ulcère pyloro-duodéal. *Revue médicale française*, octobre 1934.

SAVY et DELORT. — Entérorragie et cancer du colon. *Journal médical de Lyon*, 20 juillet 1927.

SCHOEMAKER. — The red stomach. *Surg. Gyn. and. Obstet.*, mars 1925, p. 305.

TUFFIER. — Angiome de l'S iliaque. *Société de Chirurgie*, 1913.

VOILLEMIN. — *Thèse de Paris*, 1933.

WEILL (P.-E.). — La dyscrasie dysendothélio-plasmatique. *Revue de médecine*, 1920, n° 2.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES	17
ÉTUDE CLINIQUE	19
DIAGNOSTIC POSITIF	25
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	31
ESSAI PATHOGÉNIQUE	41
THÉRAPEUTIQUE	51
CONCLUSIONS	53
OBSERVATIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	99

